

**Les rapports
des
sociétés d'assurances mutuelles
avec leurs adhérents
et avec les tiers**

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

Présentée et soutenue le 18 Décembre 1936

PAR

Jean HÉMARD

JURY :

Président : M. RIPERT, professeur

Suffragants { *MM. Maurice PICARD, professeur*
HAMEL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE GÉNÉRALE DE DROIT & DE JURISPRUDENCE

Ancienne Librairie Chevalier-Marescq et C^e et Ancienne Librairie F. Pichon réunies

R. PICHON ET R. DURAND-AUZIAS, ADMINISTRATEURS

Librairie du Conseil d'Etat et de la Société de Législation comparée

20, RUE SOUFFLOT (5^e ARR^t)

1936

Tous droits réservés

THÈSE POUR LE DOCTORAT

***La Faculté n'entend donner aucune approbation
ni improbation aux opinions émises dans les thèses ;
ces opinions doivent être considérées comme propres
à leurs auteurs.***

Les rapports des sociétés d'assurances mutuelles avec leurs adhérents et avec les tiers

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN DROIT

Présentée et soutenue le 18 Décembre 1936

PAR

Jean HÉMARD

JURY :

Président : M. RIPERT, professeur

Suffragants { *MM. Maurice PICARD, professeur*
HAMEL, professeur

PARIS

LIBRAIRIE GÉNÉRALE DE DROIT & DE JURISPRUDENCE

Ancienne Librairie Chevalier-Marescq et C^e et Ancienne Librairie F. Pichon réunies

R PICHON ET R. DURAND-AUZIAS, ADMINISTRATEURS

Librairie du Conseil d'Etat et de la Société de Législation comparée

20, RUE SOUFFLOT (5^e ARR^t)

1936

Tous droits réservés



DEFINITION

Donner de l'assurance mutuelle une définition est une tâche malaisée, car depuis ses origines, elle a subi une évolution qui tend à la rapprocher de plus en plus de l'assurance telle que la pratiquent les compagnies dites à primes fixes. Depuis longtemps déjà, elle a acquis la certitude et la régularité qui lui manquaient à ses débuts et, en apparence tout au moins, l'assurance mutuelle semble s'être fondue dans l'assurance à primes fixes. Mais son principe demeure, qu'il faut affirmer avant de rechercher quelles atteintes il a pu subir en fait.

L'assurance mutuelle est la forme d'assurance dans laquelle plusieurs personnes mettent en commun des cotisations qui serviront à indemniser de certains sinistres ceux d'entre eux qui les subiront.

De cette définition découlent les trois caractères de l'assurance mutuelle (1) :

1° la confusion des qualités d'associé, d'assureur et d'assuré ;

2° la responsabilité solidaire des adhérents en tant qu'assureurs ;

3° la variabilité d'un de ces deux éléments : la cotisation ou l'indemnité.

L'assurance mutuelle considérée à l'état pur est la

(1) Astresse, *Fr. des ass. mutuelles*, t. I, n° 1, p. 59 - Hémard, *Tr. des Ass. terrestres*, t. 2, n° 435, p. 16 - de Mirimonde, *Manuel des ass.* p. 23 - Cf. Req. 21 décembre 1903, D. 1904-1.305 ; Civ. 16 mai 1923, S. 1923.1.455.

forme d'assurance qui surgit la première à l'esprit quand on se préoccupe de son mode d'organisation. En effet, prélever sur plusieurs personnes des cotisations, les mettre en commun et les répartir entre les cotisants atteints par un sinistre, semble le procédé le plus simple et le plus rigoureux. La difficulté naît lorsque des sinistres nombreux dépassent en importance la masse des cotisations : il faut alors ou bien en réclamer de nouvelles aux mêmes membres ou bien réduire les indemnités, et l'insécurité de leur situation va décourager les adhérents. Cette forme si simple va se compliquer, ou plus exactement ne s'est jamais ou presque présentée ainsi, car l'histoire nous enseigne que l'assurance mutuelle ne fit son apparition que bien après l'assurance à primes fixes et par suite profita des recherches et des progrès de celle-ci (infra p. 11).

L'assurance mutuelle ne peut être exploitée que par une société d'assurances mutuelles. Cette espèce d'assurance fait corps avec une forme de société et elle ne peut être contractée que par l'intermédiaire de cette seule forme de société spécialisée, uniquement organisée pour appliquer les règles propres à l'assurance mutuelle et qui, opposée à la compagnie à primes, révèle deux caractères distinctifs :

- 1° la confusion des qualités d'assureur et d'assuré,
- 2° l'absence de recherche d'un bénéfice.

Et, chaque fois que ces deux traits caractérisent la société, joints à ceux que présente l'assurance pratiquée, seront réunis, il faudra décider qu'il y a société d'assurances mutuelles. Il faut, en effet, éviter que des groupements pratiquant l'assurance mutuelle puissent se dissimuler sous la forme d'une association, en vue de se soustraire à l'observation des règles de constitution ou de fonctionnement des sociétés d'assurances mutuelles. De même il faut empêcher que, sous le nom de mutuelles se cachent des organismes à but spéculatif.

La jurisprudence est d'ailleurs très stricte sur ces points ; dès que chaque membre d'une soi-disant association réunit la double qualité d'assureur et d'assuré, elle en fait un mutuelliste soumis aux règles du décret de 1922. Lorsque, au contraire, une mutuelle n'existe que pour enrichir ses fondateurs ou ses directeurs, ou lorsqu'elle ne vit que par l'emprunt, ou encore ne se livre pas uniquement à des opérations d'assurance, nos tribunaux se refusent à y voir une société d'assurances mutuelles, car cette dénomination a un sens très étroit.

Devons-nous, dans ces conditions, admettre que nous ne voyons que de véritables mutuelles exploiter, aujourd'hui, les diverses branches d'assurances ? Avant d'entrer dans le détail des rapports juridiques des mutuelles avec leurs adhérents ou avec les tiers, avant même d'en retracer l'historique, il nous faut rechercher à la lumière de la définition et des caractères que nous venons de préciser, ce que sont les mutuelles actuelles, leurs traits distinctifs, leur avenir.

Il est nécessaire de nous pencher d'abord sur ce qu'on a nommé « la charte des mutuelles », le décret du 8 mars 1922, qui a abrogé celui du 22 janvier 1868, en modifiant nombre de ses solutions. De nombreux articles réglementent la vie des mutuelles mais ils sont encore insuffisants et des questions de la plus grande importance sont laissées dans l'ombre. Ainsi, nulle part le décret ne prend parti sur la nature juridique des mutuelles et, par suite, il ignore les sanctions qui devraient rendre efficaces les règles qu'il édicte. Et la personnalité morale de ces sociétés n'est reconnue qu'incidemment, à l'occasion des unions de mutuelles. Des principes simples font défaut, qui seraient le fruit de l'expérience de plus d'un siècle et qui poseraient des règles précises, permettant de caractériser les mutuelles. Les solutions du décret sont

trop vagues le plus souvent ; elles laissent le champ libre aux interprétations les plus diverses et, en examinant la jurisprudence, nous verrons tous les inconvénients d'une telle situation. Les termes volontairement imprécis employés par les auteurs du décret de 1922, permettent à des entreprises d'assurances de se réclamer du titre de mutuelles, alors que, même théoriquement, elles n'en présentent pas les caractères. Une réforme serait souhaitable qui restreindrait le champ d'application de la législation des mutuelles aux seules sociétés qui en sont de véritables, et c'est le sens de cette réforme que nous allons essayer d'indiquer.

Pour qu'il y ait mutuelle, avons-nous dit, il faut que l'adhérent soit à la fois un assureur et un assuré et que de sa cotisation ou de son indemnité, l'une soit susceptible de varier. La solidarité entre les adhérents, nous le verrons, n'est plus jamais stipulée. Dans ces conditions, nous devrions refuser le nom de mutuelles à toutes les entreprises d'assurance qui ne révèlent pas ces particularités.

En premier lieu nous rencontrons ces immenses sociétés d'assurances qui se disent « mutuelles ». Les adhérents sont des milliers, ils sont répartis dans tout le pays, les capitaux assurés sont considérables ; un organisme puissant centralise et dirige toutes les opérations, aidé par des directeurs particuliers et des agents locaux ; si des Assemblées générales sont tenues, elles ne comprennent qu'une minorité d'adhérents, soigneusement choisie par les statuts. Rien ne va révéler au futur assuré qu'il entre dans une mutuelle, il sera dans la même situation que celui qui contracte avec une compagnie et ce n'est point la remise d'un exemplaire des statuts — qu'il ne lira pas — qui l'en différenciera. L'individu se heurte à une personne morale, à une collectivité anonyme, il

y aura bien assurance mais on peut se demander s'il y aura assurance mutuelle. Celle-ci suppose en effet une volonté commune de se prémunir contre certains risques ; en un mot, il faut un lien de quelque nature qu'il soit : ou les mutuellistes se connaissent ou ils habitent une même région ou encore ils ont les mêmes intérêts professionnels. Il faut que les adhérents sentent que c'est leur union qui fait leur force, qu'ils se garantissent mutuellement et ceci n'existe point dans les grandes mutuelles actuellement florissantes et auxquelles l'adhérent achète son assurance comme à une compagnie. Et nous supposons que dans ces mutuelles, la cotisation ou l'indemnité peut varier même seulement en théorie. Ici donc manquerait, en fait sinon en droit, la double qualité du mutuelliste.

Mais beaucoup de ces grandes mutuelles, outre ce que nous venons d'en dire, se présentent de telle sorte qu'elles promettent des indemnités fixes contre des cotisations également fixes. C'est là sans doute le but de toute bonne mutuelle, mais cette fixité n'est pas due seulement à une prudente gestion qui a donné cette certitude aux engagements des mutuelles, elle est un principe absolu, elle n'est pas une fixité de fait, mais une invariabilité de droit : elle se rencontre dans les mutuelles-vie et accidents du travail. Ces sociétés ont une législation tout à fait spéciale, leur constitution et leur fonctionnement sont étroitement réglementés et il en résulte que contre une cotisation invariable, elles promettent des indemnités ou des bénéfices non susceptibles d'être atteints par une réduction. Certes des raisons impérieuses s'y opposent, mais nous pensons qu'une telle solution ôte à ces sociétés le caractère de mutuelles. Un individu contractera exactement de même auprès d'une mutuelle ou d'une compagnie, une police d'assurance sur la vie ; dans les deux cas il touchera la même

somme parce que des dispositions particulières ont obligé la mutuelle, comme la compagnie, à constituer les mêmes réserves. Pourquoi parler de mutuelles, à part le nom on ne trouve aucune trace de cette forme spéciale de société, si ce n'est dans quelques droits hypothétiques qui donnent à l'assuré l'illusion d'être un associé.

Enfin, il est des opérations d'assurance qui, par leur nature même, peuvent paraître incompatibles avec la forme mutuelle, nous voulons parler des assurances de responsabilité. Celles-ci garantissent les assurés contre les pertes qu'ils peuvent subir du fait d'une action en responsabilité exercée contre eux à la suite d'un sinistre déterminé (2). Cette assurance ne peut, aussi bien, se plier aux règles qui gouvernent les mutuelles. On ne peut réduire l'indemnité versée ou à verser à un tiers victime d'un accident causé par le mutuelliste et fixée par la justice, sous prétexte que les ressources de l'exercice sont insuffisantes, et surtout, les conditions mêmes de la réduction ne pourraient être remplies. C'est que, dans les assurances de dommage, l'assuré doit déclarer le sinistre et exercer son droit dans un délai assez court ; or dans les assurances de responsabilité, si l'assuré est toujours tenu de cette déclaration, rien n'oblige le tiers, victime du sinistre, à réclamer aussitôt à l'assureur une indemnité. Il peut attendre un an, par exemple, ou plus ; il peut ne s'apercevoir du sinistre que très tard (ses suites ne se révélant pas immédiatement) ; comment pourra-t-on appliquer le principe, que nous poserons plus loin, de l'annalité des exercices, comment la mutuelle pourra-t-elle, à la fin d'un exercice, confronter ressources et dépenses pour con-

(2) Hémar, Tr. des ass. terr. n° 556 ; - cf. loi du 13 juillet 1930, art. 50 à 53.

clure soit à une répartition d'excédent, si on lui réclame postérieurement des indemnités qui devraient être à la charge de cet exercice. De tels risques ne devraient pas être pris en charge par les mutuelles, car ils portent atteinte, par leurs modalités, à la nature de ces sociétés et à ses conséquences.

Faut-il donc, dès le début de cette étude des sociétés d'assurances mutuelles, réduire leur champ d'action et sembler vouloir entraver les progrès de ces organismes ? Telle n'est point notre intention ; nous pensons bien au contraire que l'évolution des mutuelles doit se poursuivre, mais qu'il faut la diriger en tenant compte de leur nature et de leurs caractères. Nous allons envisager les divers aspects des rapports de ces sociétés avec l'extérieur — adhérents et tiers — mais nous souhaiterions que les règles que nous dégagerons permettent de distinguer les vraies mutuelles de celles qui ne sont plus que des compagnies décorées du nom de mutuelles et échappant à la juridiction consulaire. Car voilà, pour les assureurs, le grand attrait de la forme mutuelle : seuls les tribunaux civils sont compétents pour connaître de leurs litiges et une mutuelle ne peut être mise en faillite. Pour nous, la mutuelle a un sens plus haut : elle est l'expression parfaite de l'assurance. Les risques auxquels sont soumis les individus les ont fait se réunir pour les supporter, chacun assure son voisin comme il est assuré par lui et personne n'en retirera de bénéfice : peut-on trouver plus noble forme de solidarité humaine. Mais aussi la constitution d'une mutuelle exige des adhérents qui se connaissent ou qui soient attirés les uns vers les autres et qui sentent leur solidarité par suite d'un lien tenant à leur lieu d'habitation, au risque qu'ils sont exposés à subir ou à la profession qu'ils exercent. Il faut que chacun sente qu'il fait partie d'une

société créée pour le défendre, ainsi que ses associés, contre les méfaits du hasard, pour qu'il comprenne qu'il doit en supporter les charges comme il profite de ses avantages. Les trop puissantes mutuelles, les mutuelles d'assurance-vie ou responsabilité (assurance contre les accidents du travail ou autres) ne répondent pas pour nous à cet idéal. Non pas que nous voulions un retour complet au passé, mais seulement que dans les sociétés mutuelles existe vraiment le sentiment de la mutualité avec ses conséquences. C'est sous le bénéfice de ces observations que nous allons retracer brièvement l'histoire des mutuelles, avant d'entrer dans l'étude des rapports de ces sociétés avec leurs adhérents et avec les tiers. Mais il nous faut mentionner auparavant et écarter quelques opérations voisines, avec lesquelles on a parfois confondu les mutuelles.

Notre étude ne portera que sur les sociétés d'assurances mutuelles, c'est-à-dire celles qui garantissent leurs adhérents contre les risques de toutes sortes (incendie, vol, etc.,) les accidents du travail, et qui pratiquent l'assurance sur la vie. Nous écarterons les syndicats de garantie, les mutuelles agricoles et de capitalisation ou d'épargne. Il est inutile de rappeler que les sociétés d'assurances mutuelles ne doivent pas être confondues avec les sociétés de secours mutuels, institutions d'assistance et de prévoyance, et non d'assurance.

Les syndicats de garantie sont des organismes réunissant des personnes à qui peuvent incomber la charge de payer des rentes et indemnités à la suite d'accidents du travail, et destinés à y faire face. Outre leur législation spéciale ⁽³⁾ les syndicats de garantie

(3) Lois du 9 avril 1898 (art. 24 et 27); 12 avril 1906 (art. 6); 15 juillet 1914 (art. 7); 25 octobre 1919 (art. 8); - règlement d'administration publique du 28 février 1899 (titre 2) modifié par les décrets des 27 décembre 1906, 22 avril 1921 et 9 mai 1923.

se distinguent des mutuelles en ce que leur objet est exclusivement la garantie des accidents du travail et en ce que leurs membres sont tenus solidairement entre eux.

Les mutuelles agricoles sont des sociétés mutuelles, organisées par la loi du 4 juillet 1900, destinées à couvrir leurs adhérents contre les risques agricoles. La faveur du législateur s'est manifestée à leur égard de diverses façons, d'abord en les faisant échapper aux règles de constitution prescrites par le décret du 8 mars 1922 et en leur permettant de ne remplir que celles prévues par la loi du 21 mars 1884 ; puis en les autorisant à recevoir des subventions du gouvernement et, privilège des plus appréciables, en les exonérant de tous droits de timbre et d'enregistrement, sauf celui de 10 centimes de la loi des 23-25 août 1871 (art. 18) à condition toutefois d'être gérées et administrées gratuitement (4).

Les sociétés de capitalisation à forme mutuelle sont des sociétés commerciales pratiquant des opérations voisines de l'assurance, mais qui n'en sont pas, car, au lieu de répartir entre leurs membres les risques subis par quelques uns, ces sociétés promettent à leurs adhérents, moyennant un certain nombre de versements, une somme déterminée soit à une échéance également déterminée, soit lors d'un des tirages périodiques, si le numéro de la police souscrite est sorti. Ces sociétés, régies par la loi du 19 décembre 1907 (5), ne font que recueillir des fonds, les placer en vue de les capitaliser, et les répartir, dans les conditions que nous avons indiquées, entre leurs adhérents.

(4) Cf. Req. 17 octobre 1934, R. G. 1934, 1.025, n. Sumien.

(5) A. Weber, *Traité des sociétés de capitalisation*, 2^e éd. Paris 1932.

Les sociétés d'épargne ⁽⁶⁾ présentent les mêmes caractères, mais elles ne font pas de promesses fixes à leurs adhérents : elles leur répartissent seulement à l'échéance du contrat, le produit de la capitalisation des sommes versées par eux, augmentées des intérêts et des lots.

Toutes ces opérations, pour voisines qu'elles soient de l'assurance, en doivent être soigneusement distinguées. Elles s'écartent encore davantage de l'assurance mutuelle que nous allons étudier, soit parce que leur objet est différent, soit parce qu'elles ne sont pas soumises aux mêmes règles légales.

(6) L. 3 juillet 1913.

HISTORIQUE

Dans sa forme simple et primitive, l'assurance mutuelle aurait dû, semble-t-il, devancer l'assurance à primes fixes qui oblige nécessairement à certains calculs de probabilités. Bien que cette opinion soit encore répandue (1) il faut la rejeter et admettre, avec la majorité des auteurs (2) que l'assurance mutuelle ne fit pas son apparition avant le *xix*^e siècle.

Au *xviii*^e siècle, en effet, alors qu'on trouve déjà des organisations d'assurances à primes assez évoluées, on ne rencontre aucune institution ayant un lien direct avec les mutuelles, mais seulement quelque analogie (3). Ce sont, en France, des caisses de secours contre l'incendie, nommées « Bureaux des incendiés » créées à Paris (1717), Troyes (1769), Châlons-sur-Marne (1774), Soissons (1779). Ils réclamaient des cotisations à leurs adhérents, mais aussi des contributions au roi, au Parlement, aux municipalités et, en leur faveur, le clergé faisait appel à la charité privée. Les fonds étaient répartis entre les incendiés, même à ceux qui n'avaient rien versé, à titre de secours (4). Citons de même les « caisses diocésaines » créées par

(1) Kayser, *Société ou Association*, p. 267.

(2) Astresse, t. 1, p. 60, N° 1 et s.; Hémar, t. 1, p. 187; N° 107 et s.; Ancey *L'Assurance*, p. 39.

(3) Hémar, t. 1, p. 166, n° 94.

(4) De pareilles institutions se rencontraient depuis très longtemps en Europe et un capitulaire lombard de Charlemagne, de 776, fait déjà allusion à une gilde imposant à ses membres une assistance en cas d'incendie. Cf. H. Lévy Bruhl dans *Mélanges Fournier*, 1929, p. 455.

les évêques de 1772 à 1779, et la Mutuelle d'Amiens, fondée entre prêtres (1785) qui n'était qu'une institution d'assistance.

En Angleterre, en 1707, Thomas Allen, évêque d'Oxford, obtient de la reine Anne une charte lui permettant de créer « l'Amicale Society for a Perpetual Assurance Office » qui répartissait entre les héritiers des membres décédés le montant des contributions de l'année, déduction faite des frais. C'était, plus qu'une mutuelle, une sorte de tontine dont le produit était partagé non entre les survivants, mais entre les héritiers des décédés. Elle dura jusqu'en 1866, date où elle fusionna avec la « Norwich Union ». De même en Italie, à Turin, on rencontre un projet d'assurance mutuelle contre la maladie (1737).

Le véritable créateur de l'assurance mutuelle est un Toulousain, Bernard Barrau qui, en 1787, fit agréer à Louis XVI un projet d'assurances réciproques (5). Une société d'assurances réciproques est créée et fonction contre l'incendie (1 Pluviôse An XIII) et contre la mortalité du bétail (30 fructidor an xiii). Dès l'an ix, Chaptal, ministre de l'Intérieur, avait autorisé une assurance contre la grêle qui fonctionna le 24 pluviôse An X. Ces sociétés sombrèrent dans la tourmente révolutionnaire mais Barrau, nullement découragé, fonda à Toulouse en 1802 la première mutuelle contre l'incendie, la « Société d'assurances réciproques contre l'incendie ». En les termes pompeux de l'époque, le fondateur affirmait « remplir un devoir sacré et désirait porter au plus haut point de splendeur et de perfection un établissement dégagé de toute idée de spéculation particulière, dont l'unique but était la sécurité et le bonheur de tous, et cela en créant un éta-

(5) Cf. A. M. 1913, p. 103.

blissement qui devait concourir à la gloire de l'Etat et au bonheur des particuliers » (6). Mais l'application qui fut faite des principes de la mutualité fut malheureuse, et malgré l'approbation officieuse des statuts par le ministère de l'Intérieur et l'afflux des adhérents, la société ne tarda pas à disparaître (7). On ne tenait pas compte, en effet, des différences de gravité entre les risques et la cotisation était uniforme (10 % de la valeur assurée), aucun fonds de réserve n'était créé et l'excédent des cotisations étant restitué après chaque exercice annuel.

Néanmoins d'autres mutuelles se créèrent dans le sud de la France. Le 15 octobre 1809, le Conseil d'Etat émis un avis soumettant les sociétés d'assurances mutuelles contre l'incendie, la grêle et les épizooties, à la nécessité d'une autorisation gouvernementale, mais il ne fut pas inséré au Bulletin des lois. L'Empire, d'ailleurs, favorisa plutôt la continuation des Bureaux d'incendies du XVIII^e siècle, et de nombreuses Caisses d'incendie se créèrent dans la Marne (1804), dans les Ardennes et dans la Meuse (1805), mais elles ne sont pas des mutuelles (8).

Mais l'élan est donné et, dans le calme de la Restauration, les Mutuelles vont se développer. En effet, celles-ci ne pouvaient exister qu'avec l'association de capitaux dont l'assurance à primes n'eût pas toujours besoin puisque pendant fort longtemps elle fut exploitée par des individus. Avant même que l'assurance à primes ne s'affirmât à nouveau (9), une autre concep-

(6) Barrau exposa en 1827 ses idées dans un « Traité des assurances réciproques ou mutuelles contre les fléaux et cas fortuits » ou « Manuel des propriétaires de toutes classes ».

(7) Reprise en 1836 par Debax, neveu de Barrau, elle a connu et connaît encore la prospérité sous le nom de « Société de Toulouse ».

(8) Hémard, la nature juridique des caisses départementales d'incendie en France, dans *Festgabe für Alfred Manes*, Berlin 1927.

tion de l'assurance se faisait jour, application plus immédiate de la mutualité, basée sur l'observation que si les compagnies tiraient des bénéfices de l'excédent non employé des primes, celles-ci, seules, devaient suffire à réparer les sinistres. Et une « Société d'assurances mutuelles contre l'incendie » se crée en 1816, limitant ses opérations à Paris. Si elle fait varier les cotisations suivant les risques, c'est seulement la « Mutuelle de Seine et de Seine-et-Oise » contre l'incendie des immeubles (1819) qui crée, pour la première fois, un fonds de réserve. Mais, si de nombreuses mutuelles sont autorisées (21 de 1818 à 1821), toutes ne réalisent pas ces progrès, aussi l'histoire de leurs vicissitudes au cours du xix^e siècle est-elle fort intéressante (10). Depuis lors, les mutuelles ont suivi une marche ascendante, parallèle à celle des compagnies, malgré la concurrence de celles-ci, malgré les alternatives de la faveur et de la défaveur gouvernementale (11) et les hésitations de la jurisprudence. Jusqu'en 1839, il était interdit aux mutuelles d'assurer les meubles; en 1859 seulement on cessa de leur interdire de répartir les frais d'administration suivant le degré des risques, ce qui écartait de la mutualité les bas risques les plus favorables. La première mutuelle autorisée à faire et à donner des réassurances fut le « Centre Mutuel » (d. 30 mai 1853) et, trois ans auparavant seulement, était reconnu aux mutuelles le droit de former un fonds de réserve. Toute la première moitié du xix^e siècle est marquée par la lutte opiniâtre des mutuelles pour arracher, l'une

(9) Les compagnies d'assurances ne réapparurent qu'en 1818 avec, en particulier, la Compagnie d'assurances générales, fondée par de Gourcuff.

(10) Lecœur, La Mutuelle de Seine-et-Marne contre l'incendie, 1912.

(11) Hémard, t. 1, p. 196, n° 112, Lecœur op. cit. p. 15.

après l'autre, chacune de ces facultés dont les compagnies avaient toujours usé suivant leur intérêt et en toute liberté (12). Tour à tour, les mutuelles exploitent les diverses branches de l'assurance, et le décret du 22 janvier 1868 vient leur donner un statut. Depuis, une abondante réglementation est intervenue, que nous rencontrerons à chaque pas. Les mutuelles ont prospéré, à côté des compagnies, certaines sont très anciennes et les statistiques prouvent leur importance tant par leur nombre que par les affaires qu'elles traitent.

L'idée de mutualité a fait de tels progrès qu'on a pu proposer au congrès de l'Union de la propriété bâtie, tenu en 1923, de créer une mutuelle-incendie entre tous les membres de l'Union, proposition qui, d'ailleurs, fut rejetée (13).

Toujours est-il que, lorsque, revenant en arrière, on retrouve les premières mutuelles, créées avec quelques adhérents se connaissant, percevant des cotisations essentiellement variables, ne couvrant des risques que dans une même région et menacée dans leur vie par un sinistre un peu considérable (14), on peut mesurer l'étendue du chemin parcouru. Aujourd'hui, la plupart des mutuelles sont de vieilles sociétés anonymes aux cotisations fixes, possédant des réserves importantes, assurant des valeurs considérables et se différenciant bien peu, en apparence, des compagnies à primes.

Les mutuelles ont toujours eu des adversaires, comme elles ont toujours eu des partisans. On leur a re-

(12) Le Hir, Manuel d'assurances, 1857.

(13) Cf. A. M. 1934, p. 59.

(14) La Mutuelle de Seine-et-Marne faillit disparaître à la suite d'un incendie qui l'obligea à payer 127.736 fr. d'indemnité. en 1823, alors qu'elle garantissait 98 millions de valeurs assurées, Le-cœur, op. cit. p. 18.

proché de ne pas présenter de garanties suffisantes en l'absence d'un capital social; une simple remarque suffira à anéantir cette critique : prenons la plus importante société d'assurances sur la vie, à primes fixes; en 1934, l'Union assurait des capitaux montant à 1.100.478.000 francs, et son capital social était de cinquante millions de francs ! On voit que la garantie présentée par ce capital social est minime, et les mutuelles qui n'en ont pas, n'ont pas, d'un autre côté, à le rémunérer (15). Il leur a été encore reproché l'incertitude de leurs répartitions entre les sinistrés, mais ceci est du passé et, aujourd'hui, depuis fort longtemps, les indemnités sont aussi sûrement payées par les mutuelles que par les compagnies. Elles présentent désormais la même sécurité, tout en conservant sur elles quelques avantages. L'assurance par les mutuelles est la seule praticable lorsque les risques sont encore assez peu connus pour pouvoir être scientifiquement exploités, quand il y a vraiment une lutte à livrer contre le hasard. Plus tard viendront les compagnies, quand des bénéfices seront réalisables. Mais alors réapparaîtront les mutuelles, comme la forme d'assurance la plus juste et la plus économique.

Quoiqu'il en soit, les mutuelles ont pris un essor considérable. On les rencontre dans la plupart des pays et de puissantes sociétés les représentent en Allemagne, en Italie, en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis (16).

En France, quelques chiffres nous permettront de comparer leur activité à celle des compagnies. On estimait que sur 1.000 sociétés d'assurances existant en

(15) L'Union a versé, en 1934, un total de dividendes s'élevant à 13 millions 750.000 francs.

(16) Chevallier, *De l'assurance mutuelle*, thèse Paris 1904, As-tresse, t. 1, p. 60; Hémard, t. 1, p. 145.

1932, 300 étaient des mutuelles, dont de nombreuses avaient conservé le caractère régional qu'elles avaient lors de leur fondation (17).

I. Assurances sur la vie

(tous les chiffres cités sans indication de date, se rapportent à l'année 1934) (18).

Nombre	Capitaux assurés	Rentes viagères	Portefeuille
37 Compagnies	6.500.000.000	24.378 000	9.206.000.000
14 Mutuelles..	1.121.911.000	1.615.000	1.088.353.000

II. Assurances contre l'incendie

Nombre	Capitaux assurés	Primes brutes (nettes d'impôts)
21 Compagnies	1.097.726.675.000	1.267.502.000
16 Mutuelles..	324.846.608.000	195.536.000

III. Accidents de toutes natures

	Nombre de sociétés						
	1899	1900	1910	1915	1920	1925	1930
Compagnies ...	15	19	17	18	27	37	38
Mutuelles.	9	17	36	35	35	41	54

(17) Ancey, L'assurance, p. 41.

(18) Ces chiffres, qui représentent les principales sociétés d'assurances à primes fixes ou mutuelles, sont extraits du compte rendu annuel du journal « L'assurance moderne » et de « L'annuaire des sociétés d'assurances » 1936, édité pour le journal *La Semaine*.

INTRODUCTION

Le Contrat d'assurance mutuelle Sa formation et ses conditions

Le contrat d'assurance est le contrat par lequel l'assuré se fait promettre par l'assureur, moyennant une rémunération, appelée prime, ou cotisation, pour lui ou pour un tiers, en cas de réalisation d'un risque, une prestation, appelée indemnité ou bénéfice (1). Aucune définition n'en est donnée par la loi qui le régit, la loi du 13 juillet 1930, car le législateur a prévu les difficultés et les controverses sur son interprétation qu'une telle définition pourrait susciter.

L'importance du contrat d'assurance pour les parties — assureur et assuré — est considérable, puisque c'est de ce contrat que l'assureur tirera le droit de percevoir une prime sur l'assuré qui, à son tour, lors de l'arrivée d'un sinistre, l'invoquera pour être indemnisé. Aussi la loi a-t-elle réglementé la formation du contrat d'assurance.

Mais l'adhésion devient un acte plus important encore lorsqu'il s'agit d'une société d'assurances mutuelles, car l'assuré va devenir un associé et va s'imposer des règles qu'il devra respecter soit comme assureur, soit comme assuré. Avant d'étudier les règles

(1) Hémar, Précis de droit civil, t. II (2^e éd.) n° 1922.

par lesquelles l'adhérent sera tenu, il faut examiner comment se forme le contrat d'assurance mutuelle (section 1), puis nous rechercherons quelles sont les conditions générales et spéciales de l'engagement (section 2).

SECTION 1

LA FORMATION DU CONTRAT D'ASSURANCE MUTUELLE.

La formation du contrat d'assurance mutuelle est dominée par l'idée de mutualité. Sans doute, nous le verrons, les statuts sont libres de déterminer le mode de formation, mais il faut poser le principe qui la commande et qui est la conséquence du caractère des sociétés d'assurances mutuelles. A l'origine, les mutuelles se formaient entre personnes se connaissant les unes les autres, ainsi que les risques qu'elles voulaient assurer, la plupart des mutuelles étaient locales. Par suite de la nécessité d'avoir des mutuellistes dont on fût sûr, tant au point de vue solvabilité, qu'au point de vue honnêteté, chaque fois qu'une personne demandait à adhérer à une mutuelle, le directeur de celle-ci faisait une enquête plus ou moins sérieuse sur lui, et les risques qu'il désirait faire couvrir. Les temps ont changé, les mutuelles se sont développées et ont étendu leurs opérations, il ne reste plus de cet *intuitus personae* primitif (2) que la formalité de l'ad-

(2) Dijon, 19 décembre 1912, G. T. 1, mars 1913 « dans les mutuelles où chacun des assurés est aussi sociétaire et tenu comme tel des dettes sociales sans limitation, la cause déterminante du contrat d'assurance est aussi bien la considération de la personne du sociétaire que celle de l'objet assuré ».

mission de l'adhérent accordée ou refusée par le conseil d'administration.

Ainsi, il faut poser en principe, que le contrat d'assurance mutuelle n'est formé qu'au moment où l'admission de l'adhérent est prononcée par le conseil d'administration de la société (3). Le contrat, purement consensuel, existe dès l'instant où les deux consentements sont échangés, comme dans l'assurance à prime fixe, mais, ici, l'un de ces consentements doit être l'acceptation ou admission émanant du conseil d'administration, sous quelque forme qu'elle se présente. Une jurisprudence fortement établie applique ce principe (4). Elle en tire les conséquences suivantes : de ce que le contrat est formé au jour de l'admission, elle déduit que la capacité de l'assuré doit être appréciée à ce moment et qu'en particulier, s'il meurt après avoir signé le bulletin d'adhésion, mais avant d'avoir été admis, il ne transmet aucune obligation à ses héritiers (5); de même les déclarations de l'adhérent dans le bulletin d'adhésion ne pouvaient servir de base obligatoire pour le règlement de l'indemnité (6) et surtout ni l'adhérent, ni la mutuelle ne sont engagés du fait de la signature du bulletin par l'adhérent, l'un ou l'autre peut refuser de donner suite à sa proposition, sans crainte d'être condamné à des dommages-intérêts (7).

(3) Il faut distinguer *le contrat*, qui existe du jour où les consentements sont échangés et *son effet*, qui ne partira que d'un autre moment, fixé par la convention des parties.

(4) Parmi les décisions les plus récentes: Civ. 15 novembre 1926, S. 1927. 1. 16; Montpellier, 22 novembre 1932, R. G. 1933, 103; trib. paix Boulogne-sur-Mer, 6 avril 1934 R. G. 1934, 517; - contrat Caen 4 novembre 1932, D. 1933. 2. 22.

(5) J. A. 1859, 167 et 200.

(6) Ceci est unanimement admis aujourd'hui en conséquence du principe que l'assurance de choses est un contrat d'indemnité.

(7) Sur la faculté pour les parties de se retirer (cf. art. 7, loi 13 juillet 1930): Paris 27 novembre et 31 décembre 1896, B. S. 2, 505; civ. Seine 22 décembre 1897, Loi 30 avril 1898; civ. Seine

La formation du contrat d'assurance mutuelle, qui n'est d'ailleurs que l'application du principe général que les conventions ne sont formées que lorsque les consentements ont été échangés, principe exprimé à nouveau par l'art. 7 de la loi du 13 juillet 1930, n'est pas règlementée par le législateur. L'acte d'adhésion, aussi bien, est très important pour l'adhérent qui va devenir un associé et ce sont les statuts qui doivent déterminer suivant quelles conditions seront contractés les engagements entre la société et ses membres. Le législateur n'a pas voulu, pas plus dans le décret de 1922 qu'il ne l'avait fait dans celui de 1868, limiter trop rigoureusement le champ des conventions particulières en imposant des règles formalistes qui auraient pu gêner la conclusion des contrats, en raison de la complexité croissante des risques garantis (8). Mais la loi de 1930 a posé l'exigence d'un écrit pour la preuve du contrat d'assurance quel qu'il soit (art. 8, « le contrat d'assurance est rédigé par écrit »). Cette nécessité était déjà reconnue pour le contrat d'assurance mutuelle sous l'empire du décret de 1868, dont l'article 28 (devenu l'art. 20 du décret de 1922) disposait que la police constatait la remise d'un exemplaire contenant le texte entier des statuts et la jurisprudence n'admettait pas d'autre preuve de la for-

10 janvier 1911, D. 1911. 5. 57; paix Boulogne-sur-Mer 6 avril 1934, préc.; C. Turin 18 février 1898, dans Gasca, Associazioni commerciali, Turin 1913, t. 1, pp. 313 et 331; Supreme Court of Mississippi 8 avril 1929, R. G. 1930, 203; C. Soleure 25 avril 1923, Rec. des arrêts des trib. suisses en matière d'assurance, vol. 5, n° 18.

Cf. Loi suisse sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, art. 1: « Celui qui fait à l'assureur une proposition de contrat d'assurance es t lié pendant quatorze jours s'il n'a pas fixé un délai plus court pour l'acceptation. »

(8) Après l'art. 25 du décret de 1868, et en les mêmes termes, l'art. 17 du décret de 1922 dispose que « les statuts déterminent le mode et les conditions générales suivant lesquelles sont contractés les engagements entre la société et les sociétaires ».

mation du contrat (9). Faut-il y voir une formalité requise pour la formation du contrat ou simplement à titre de preuve ? La question se pose d'ailleurs pour tout contrat d'assurance mutuelle ou à prime. Certains auteurs (10) voient dans l'article 8 de la loi de 1930, l'exigence d'une forme, et font du contrat d'assurance un contrat solennel. La formule impérative de l'article 8 reculerait la formation du contrat jusqu'au jour de la signature de la police, et des modifications ne pourraient être faites que par un avenant signé des parties; on invoque aussi toutes les prescriptions minutieuses des articles 8 et 9, concernant la rédaction de la police. Cette solution ne doit pas être prise en considération. Une longue tradition doctrinale et jurisprudentielle a toujours vu dans le contrat d'assurance un contrat consensuel et un écrit n'était exigé qu'à titre de preuve (11) (ordonnance de 1681, L. III, titre 6, art. 2; art. 332 Code Com.). La loi a simplement confirmé cette tradition l'exposé des motifs déclare en effet « que la police constate la formation du contrat par l'accord des volontés » et les interprètes de la loi décident unanimement que l'écrit est requis seulement « ad probationem » (12).

Mais, si le droit est tel, en pratique des stipulations particulières font dépendre presque toujours la for-

(9) Besançon 25 février 1913, J. S. 1917, 190; Douai 15 avril 1913 R. A. 1913, 215; pour les contrats à primes, la jurisprudence appliquait l'art. 1.341 C. civ., cf. Civ. 2 mars 1903, S. 1903.1.216.

(10) Jossérand, cours de droit civil, t. 2, 2^e éd. n° 1.380; cf. Godart et Perraud Charmantier, Code des ass. n° 291.

(11) Pothier, des ass. n° 96; Ripert, droit maritime, t. 3, n° 2.448; Houpin et Bosvieux tr. des soc. 6^e éd., t. 2, n° 1.909.

(12) Capitant, La loi du 13 juillet 1930, R. G. 1930, 752; Hémarcl, Précis de droit civil, t. 2, 2^e éd., n° 1.217; Planiol et Ripert, Traité pratique de dr. civ. t. 11, par Lépargneur, n° 1.274; Sumien, Traité des assurances, 3^e éd., n° 57; Ancy et Sicot, La loi sur le contrat d'ass., 2^e éd., pp. 55 et 63; Besson, La conclusion du contrat d'ass. R. G. 1933, 9 et s.; cf. Civ. 16 novembre 1931, R. G. 1932, 41. Rapprocher C. com. italien art. 420.

mation du contrat ou ses effets de l'accomplissement d'une formalité, et nous en verrons quelques exemples en étudiant la formation du contrat d'assurance mutuelle telle qu'elle est fixée dans les statuts, par application de l'article 17 du décret de 1922. Constituant le droit commun de tous les sociétaires, ils doivent être explicites sur les conditions essentielles de cette formation. En général, les statuts stipulent que toute personne désirant faire partie de la Société devra signer un acte ou bulletin d'adhésion constatant la remise qui lui a été faite, préalablement à la signature, d'un exemplaire des statuts, en exécution de l'article 2, dernier alinéa, du décret de 1922. Cette proposition d'assurance provoque nécessairement une réponse ; la société peut refuser certains risques, demander l'élévation de la prime ; exiger certaines garanties concernant l'objet assuré ou le paiement de la prime. Donc, il y aura une réponse quelle qu'elle soit : acceptation, refus, modification au projet. Aussi le contrat n'est ni complet ni définitif et malgré tout l'engagement qui résulterait statutairement pour l'assuré de sa signature, la proposition, tant qu'elle n'a pas reçu l'agrément de la société, qui est nécessaire pour parfaire l'accord des volontés, ne peut être assimilée à la police d'assurance. Cet acte sera transmis à la direction, qui prononce l'admission ou le rejet, après avoir pris, s'il est besoin, l'avis du conseil d'administration. C'est un droit absolument arbitraire qu'exerce le directeur ou le conseil d'administration et, outre la raison historique que nous en avons donné, il faut en chercher la justification dans ce fait que l'assuré, lui aussi, peut rétracter sa proposition

jusqu'à ce qu'il ait eu connaissance de son admission dans la société (13).

Mais les statuts peuvent modifier ces règles et il est très fréquent de trouver des dérogations aux principes que nous avons posés. Certains statuts disposent « que lorsque l'assurance est admise, l'assuré signe un acte d'adhésion aux statuts », ce qui implique que la société a accepté au préalable l'assurance et que le contrat est parfait dès signature de l'acte d'adhésion (14) ; d'autres obligent le pollicitant à verser une cotisation égale à celle d'un semestre et qui sera acquise à la société en cas de renonciation, sorte d'arrhes (15) ; d'autres décidaient, avant 1930, que l'adhérent est lié par l'apposition de sa signature sur le bulletin (16). Toutes ces stipulations sont valables, car convenues entre les parties, puisque l'adhérent a pris ou devait prendre connaissance des statuts avant de signer. Si certains statuts déclarent l'adhérent engagé par sa proposition, d'autres concèdent que la société soit engagée avant toute admission par le directeur, mais, il faut bien le préciser, le contrat ne sera formé que lorsque cette admission aura été portée à la connaissance de l'adhérent, car ces avantages provisoires et précaires ainsi conférés immédiatement à l'adhérent, ne modifient point le caractère essentiel de l'acte d'adhésion, qui n'est qu'une offre ou propo-

(13) Adde aux décisions citées *supra* : Crim. 25 novembre 1892, S. 1893.1.63 La question s'était posée de savoir si l'adhésion était un acte engageant l'adhérent et pouvant voyager par suite au tarif postal réduit des papiers d'affaires, ou au contraire une simple proposition, donc une correspondance, ce qui fut jugé, après l'arrêt d'Orléans du 17 novembre 1891 (S. 1892.2.45), en sens contraire.

(14) Douai 15 avril 1913, R. A. 1913, 215.

(15) Paix Reims 18 janvier 1905, G. P., 1905, 2.6.

(16) Statuts de la Mutuelle Générale Française, art. 54 (1929) ; modifié, l'art. 54 stipule aujourd'hui que « le proposant n'est lié par la signature de son adhésion qu'après remise de la police ou d'une note de couverture constatant l'engagement de la société » conformément à la règle générale.

sition (17). Si bien que l'adhérent qui a subi un sinistre entre le moment où il a signé le bulletin d'adhésion et la décision du directeur, en sera indemnisé, que cette décision soit une admission ou un rejet (18).

Il nous reste à voir maintenant si la jurisprudence n'a pas ajouté ou modifié par son interprétation les dispositions de la loi et les clauses statutaires. Elle ne fait qu'appliquer fort justement les principes que nous avons dégagés quand elle décide : qu'une nouvelle adhésion expresse aux statuts, par le nouvel assuré, est nécessaire au cas de substitution de personne, sous quelque forme que ce soit, dans le bénéfice d'un contrat d'assurance mutuelle (19) ; que l'adhésion, a versé sa cotisation, a exécuté son contrat et ne peut plus se rétracter ou arguer la police de nullité (20) ; que la société d'assurances mutuelles est engagée envers un adhérent par l'affirmation mensongère de son agent qu'il avait plein pouvoir pour conclure et que le risque était couvert dès signature de l'acte d'adhésion (21).

Mais il est une jurisprudence fort intéressante, celle qui considère que l'offre émane de la société d'assurances mutuelles et que, par suite, le contrat est formé dès qu'il y a eu signature de l'acte d'adhésion aux statuts (22). En l'absence de toute clause spéciale des statuts mettant la société en état d'offre permanent il faut expliquer cette jurisprudence par la notion de

(17) Crim. 25 novembre 1892, préc.

(18) Cette assurance provisoire, très utile pour l'assuré, peut être réalisée, à défaut de stipulation statutaire, par une note de couverture (art. 7 et 8, loi de 1930), v. Besson op. cit. p. 304, n° 29.

(19) Dijon 19 décembre 1912 préc.

(20) Req. 5 août 1908, S. 1908.1.312; Paris 15 janvier 1909, J. A. 1910, 580 a décidé qu'en l'absence d'une disposition statutaire expresse exigeant ce paiement, un adhérent ne pouvait prétendre son contrat nul, faute pour lui d'avoir payé la cotisation fixée.

(21) Civ. 27 novembre 1929 J. A. 1930, 106; R. G. 1930, 310.

(22) Caen 4 novembre 1932, D. 1933.2.22.

contrat d'adhésion. La société d'assurances mutuelles émettrait une offre générale et durable d'après les termes de ses statuts ; à cette offre, l'adhérent viendrait apporter son acceptation et le contrat serait alors formé. On admet, en effet, en général que le contrat d'assurance est un contrat d'adhésion, mais des auteurs font des réserves à ce sujet⁽²³⁾. Il faut rejeter cette opinion, surtout pour le contrat d'assurance mutuelle dont nous nous occupons, et y voir un contrat consensuel. Trois caractères peuvent être discernés dans le contrat d'adhésion⁽²⁴⁾ et on ne les trouve pas ou on les trouve modifiés en matière d'assurance mutuelle ; surtout, il ne faut point oublier que l'adhérent mutualiste va devenir assureur en devenant assuré et fera partie de l'organisme qu'il administrera et dont il profitera seul, alors que l'adhérent d'une société quelconque n'est qu'un simple contractant. Un contrat d'adhésion est strict ou rigide, l'adhérent souscrit en entier à des conditions auxquelles il ne peut rien changer ; il est général ou impersonnel, il s'adresse à tout le monde ; il est durable l'offre étant faite pour un certain temps. Or, s'il est vrai que le mutuelliste se trouve en présence de statuts qu'il doit accepter, il lui est possible de se faire consentir des conditions particulières et d'innombrables décisions judiciaires nous montrent que ce n'est pas seulement une hypothèse. Puis nous avons vu que la considération de la personne intervient grandement dans la conclusion du contrat et

(23) M. Picard, Cours sur les assurances 1935-36 ; les parties peuvent modifier toutes les dispositions légales qui ne sont pas d'ordre public, et souvent la loi du contrat est faite par l'assuré, quand il est assez puissant (grandes sociétés, groupements d'assurés) ou quand il s'adresse à un courtier.

(24) Demogue, tr. des obligations, t. 2, n° 616 et s. ; Hémard, Précis, t. 2, 2^e éd., n° 1.123 ; Planiol et Ripert, tr. pratique, t. vi, par Esmein n° 122.

qu'une société d'assurances mutuelles peut refuser arbitrairement de contracter. Enfin, toutes les solutions légales ou jurisprudentielles s'opposent à une nature réglementaire du contrat d'assurance mutuelle, et l'absence de lien dérivant de la proposition d'assurance, la nécessité d'un agrément du conseil d'administration sont autant de raisons qui doivent faire refuser à ce contrat le caractère de contrat d'adhésion.

SECTION 2

LES CONDITIONS GENERALES ET LES CONDITIONS SPECIALES DE L'ENGAGEMENT

Sans doute, dans toute assurance, existe-t-il des conditions générales et des conditions spéciales. Toute police d'assurance, après avoir énoncé les règles générales concernant l'assurance pratiquée par la société, précise les dispositions spéciales qui ne joueront que pour la police à propos de laquelle elles ont été édictées. Mais, dans l'assurance mutuelle, il faut donner un sens beaucoup plus large aux conditions générales et y faire rentrer les statuts ou, plus exactement, faire des conditions générales une partie des statuts, aux termes de décret du 8 mars 1922.

L'adhérent d'une mutuelle va devenir un associé et un assureur en même temps qu'un assuré, aussi doit-il savoir comment vivra cette société dont il est membre et de l'existence de laquelle dépend étroitement sa sécurité comme assuré. Dans les sociétés à primes, au contraire l'organisation de la société intéresse surtout les capitalistes désireux d'en devenir actionnaires et non les assurés.

§ I. — LES CONDITIONS GÉNÉRALES : LES STATUTS.

Dans les statuts existent deux ordres de dispositions : celles qui visent la constitution et le fonctionnement de la société, étroitement réglementées par le décret de 1922, après celui de 1868 ; celles qui touchent particulièrement à l'assurance et en sont les vraies conditions générales les seules dont nous ayons à nous occuper ici. Néanmoins, il est une question qui doit être signalée, celle de la société mutuelle ou à primes fixes qui cache, dans ses statuts, sa véritable qualité sous la forme contraire. Une société à primes fixes se qualifie de sociétés d'assurances mutuelles, il est bien évident qu'avant même d'étudier ses conditions générales, l'adhérent va pouvoir dénoncer un contrat qu'il n'a conclu que par erreur. De même que la jurisprudence annule l'engagement d'une personne qui n'a pas eu l'intention de s'affilier à une mutuelle et l'a fait par erreur⁽²⁵⁾, de même, elle frappe de nullité l'engagement pris envers une société à primes fixes qui s'est faussement qualifiée de mutuelle⁽²⁶⁾ ; de même, il y aura nullité si une mutuelle essaie de se faire passer pour une compagnie à primes fixes⁽²⁷⁾. La faute commise dans ses statuts par la société pour tromper les adhérents et les inciter à contracter, vicie le contrat.

L'article 2 du décret de 1922 oblige à reproduire les projets de statuts sur toutes les listes destinées à recevoir des adhésions pour que celles-ci soient données en parfaite connaissance de cause.

Toute liberté concernant les conditions générales

(25) Req. 25 novembre 1913, A. M. 1914, 22.

(26) Civ. Seine 4 février 1880, B. M. 3, 247 ; Paris 30 juillet 1895, J. S. 1896, 183 ; civ. Montdidier 8 mai 1913, A. M. 1913, 245.

(27) Req. 6 mai 1878, B. M. 1.210.

n'est pas laissée aux fondateurs d'une mutuelle, certaines sont fixées obligatoirement ou proscrites par les statuts, les autres sont librement déterminées.

a) *Mentions obligatoires.*

Elles sont contenues dans plusieurs articles qui obligent les statuts à prévoir certaines règles du contrat. Il s'agit, en effet, de dispositions de la plus haute importance pour l'assuré qui doit savoir à la fois à quoi il s'engage et à quoi il aura droit en cas de sinistre. Telles sont les dispositions concernant : l'estimation des valeurs assurées, les conditions de prorogation ou de résiliation des contrats par les deux parties, les circonstances qui font cesser l'effet de ces contrats (art. 17). Mais si, dans les assurances de choses, il est possible de prévoir comment seront estimées les assurances de choses, il est possible de prévoir comment seront estimées les valeurs assurées, on ne peut donner ce nom au montant de la garantie fixée dans les assurances de responsabilité ; aussi pour celles-ci, la disposition de l'article 17 n'a-t-elle aucune utilité⁽²⁸⁾. L'article 21 exige que « les statuts fixent le maximum de contribution annuelle dont chaque sociétaire est passible pour faire face au seul paiement des sinistres » ; il sera respecté par la simple mention que les cotisations sont limitées au montant indiqué par chaque police⁽²⁹⁾. Il ne peut être évidemment question d'une limitation statutaire fixée en chiffres, comme sous l'empire du décret de 1868, dont l'article 29 portait que « les tarifs annexés aux statuts fixent par degrés de risques, le maximum de la contribution annuelle ». Ces tableaux, qui encombraient

(28) Ancy et Sicot, le régime légal des sociétés d'assurances p. 77.

(29) Cf. Req. 19 novembre 1900, S. 1902.1.449, N. Wahl.

le texte des statuts, ne pouvaient plus se justifier devant la complexité croissante des risques et, en fait, ils ne faisaient que donner des tarifications imprécises permettant l'adaptation à tous les cas concrets aussi le décret de 1922 a-t-il supprimé fort justement cette exigence⁽³⁰⁾. L'article 23 oblige les statuts à déterminer le maximum de la contribution annuelle qui peut être exigée pour frais de gestion de la Société. Il est nécessaire que l'adhérent sache, en contractant, quelle part de sa cotisation versée au fonds des primes, servira à l'indemniser et le pourcentage fixé aux statuts pourra parfois le mettre en garde contre des abus. Ce pourcentage est fixé d'ordinaire à 30 ou 40 % de la cotisation maximum. Celle-ci est déterminée par la combinaison des articles 21 et 23, et ce dernier édicte que le sociétaire ne pourra être tenu au delà en aucun cas, sauf par suite d'augmentation des charges fiscales, hypothèse que l'expérience de ces dernières années a montré pouvoir se réaliser. L'article 55 enfin, oblige les statuts à prévoir la faculté pour les sociétaires, de se retirer tous les dix ans, en prévenant la société au moins un mois avant la fin du dernier exercice social ; ce droit appartient aussi à la société. L'article 25 du décret de 1868, spécial aux mutuelles, avait fixé ce délai à cinq ans. Nous verrons plus loin les difficultés soulevées par cette modification (infra p. 179). De même les statuts doivent stipuler que la durée de la tacite reconduction ne peut excéder une année et, avant 1922, toute clause de tacite reconduction, non écrite dans les statuts était considérée comme nulle⁽³¹⁾.

(30) L'art. 30 du décret de 1868 permettant au conseil d'administration de déroger à ce tableau de classification des risques, restreignait d'ailleurs singulièrement la portée de l'art. 29.

(31) Civ. Seine 16 mars 1904, R. A. M. 1904, 156.

b) Dispositions prohibées.

L'article 19 interdit aux mutuelles de défendre dans leurs statuts à leurs sociétaires « de se faire réassurer ou assurer à une autre société ». Ils peuvent seulement obliger ceux-ci à en informer la mutuelle qui pourra résilier le contrat.

Reproduction littérale de l'article 27 du décret de 1868, ce texte vise à la fois l'assurance du même risque, auprès d'une autre société, contre l'insolvabilité de la mutuelle, sous le nom inexact de réassurance et la coassurance ainsi que les assurances cumulatives (infra p. 77) sous le nom d'assurance. Avant 1868, la jurisprudence tout en les validant⁽³²⁾ interprétait restrictivement les clauses statutaires de prohibition et, au temps où les sociétaires pouvaient encore être l'objet de fréquents rappels, autorisait l'assurance de ce risque spécial⁽³³⁾ ; surtout, elle se refusait à annuler le contrat d'assurance pour réticence même involontaire en cas de coassurance, quand la clause prohibitive ne prévoyait aucune sanction⁽³⁴⁾. La loi du 13 juillet 1930, dans son article 30, valide la coassurance, mais exige, sauf clause contraire, que chaque assureur en soit informé immédiatement au cas où la somme assurée dépasserait la valeur de la chose, chaque assurance produira effet proportionnellement ou de la façon prévue par la police, mais sans que l'indemnité puisse être, en définitive, supérieure à la valeur de la chose assurée.

L'article 32, qui prévoit la faculté pour la société de résilier le contrat après sinistre, décide qu'elle ne peut être stipulée que moyennant restitution par la

(32) Nancy 14 décembre 1829, B. M. 2, 11.

(33) Req. 12 janvier 1842, S. 1842.1.14.

(34) Toulouse 18 novembre 1864, B. M. 2, 159.

société de la part de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'est plus couvert. Cette solution qui semble naturelle aujourd'hui où le principe de la proportionnalité de la prime au risque est unanimement admis, n'a pas été toujours consacrée. Pendant tout le xix^e siècle, la jurisprudence validait les clauses des statuts de mutuelles qui obligeaient les assurés au paiement de la cotisation entière alors que le risque n'avait été couvert que partiellement (35) elle s'appuyait sur le principe, alors admis, de l'indivisibilité de la prime, et qui est aujourd'hui complètement abandonné (36).

c) *Dispositions libres.*

Il est toute une série de dispositions pour lesquelles le décret de 1922, après celui de 1868, a laissé entière liberté aux statuts. En effet, chaque société doit pouvoir adapter ces dispositions à la fois à son organisation et aux risques qu'elle veut couvrir. Ainsi, toutes les règles concernant la formation du contrat d'assurance mutuelle sont librement prévues par les statuts (art. 17) (*supra* p. 22), de même que les délais de déclaration et de règlement des sinistres (art. 29 et 31) et le paiement des primes (art. 21 al. 2).

En réalité, ce sont les conditions générales de la formation et de l'exécution de l'engagement du sociétaire qui sont réglées librement.

En recevant un exemplaire des statuts, l'adhérent connaîtra donc l'organisation de la société et les conditions générales de ses contrats. C'est à la police

(35) Paris 5 mars 1895, G. P. 1895.1.550.

(36) Civ. 6 juin 1923, D. 1924.1.25. Note de M. Ripert. Cf. Art. 18 et 35 de la loi du 13 juillet 1930 et l'art. 21, al. 2, où la conservation des primes par l'assureur est une sanction de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré.

de fixer les conditions spéciales du contrat qu'il conclura avec la mutuelle.

§ II. — LE CONDITIONS SPÉCIALES : LA POLICE.

Le siège de la matière est dans l'article 20 du décret de 1922. Aux termes de cet article, la police remplit un triple rôle : 1) elle prouve l'engagement de l'adhérent en tant qu'associé ; 2) elle prouve la remise d'un exemplaire des statuts et par suite l'adhésion à ces statuts ; 3) elle prouve l'engagement de l'adhérent en tant qu'assuré.

La remise d'un exemplaire des statuts est exigée pour prouver l'adhésion à ces statuts, autrement l'adhésion, donnée sans l'accomplissement de cette formalité, serait annulée pour cause d'erreur⁽³⁷⁾. Mais cette disposition n'a pas pour sanction la nullité quand, par ailleurs, l'adhérent a eu connaissance des statuts et que l'omission n'a pas été calculée dans une intention de fraude ou de dol⁽³⁸⁾. Si cette remise n'a pas eu lieu et si aucune clause de la police n'établit l'adhésion aux statuts l'engagement sera nul, à condition que la mutuelle ne puisse prouver que l'adhérent connaissait les statuts et les avait acceptés.

En dehors de la détermination du risque et de tous les éléments nécessaires pour l'individualiser, les polices doivent « déterminer la durée de l'engagement et, s'il y a lieu, les clauses de résiliation et de tacite reconduction, elles doivent indiquer, en outre, le maximum de cotisation à appeler » (art. 20, décret de 1922).

La police doit donc mentionner à nouveau le maximum de cotisation qui peut être appelé ; le législa-

(37) Req. 11 janvier 1910, J. S. 1910, 356.

(38) Civ. Seine (13^e espèce) 3 août 1897, B. S. 3, 434.

teur, en effet, attache la plus grande importance à ce que l'adhérent soit renseigné, au moment même où il contracte, sur la somme pour laquelle il pourra être recherché par la société ou ses créanciers. Si la police n'obéit pas à cette exigence, elle ne sera pas nulle, mais le maximum de cotisation ne sera pas opposable à l'assuré, et la société ne pourra lui demander aucun rappel de cotisation à son préjudice (39).

La durée du contrat doit être mentionnée en caractères très apparents dans la police (art. 55, al. 3, décret de 1922) ; cette disposition est d'autant plus importante que le décret de 1922 a porté de cinq à dix ans, le temps au bout duquel tout sociétaire peut se retirer d'une mutuelle. En principe, dans les mutuelles, l'assurance est contractée pour la durée de la société, mais il peut en être décidé autrement par la police et c'est nécessairement le cas pour certains risques (assurance sur la vie).

Les clauses de résiliation doivent être reproduites dans la police ainsi que celles de tacite reconduction (art. 20 et 55, al. 4) ; le législateur a estimé, à juste titre, qu'il fallait, par tous les moyens, attirer l'attention de l'adhérent sur les obligations que trop souvent il met à sa charge en les ignorant. La loi de 1930 sur le contrat d'assurance a reproduit plusieurs de ces dispositions, précisé la forme et le contenu de la police (art. 5, 8, 9, 10) et, par ses dispositions impératives, a réduit à l'extrême le domaine des conditions particulières.

Hors ces mentions obligatoires, la police n'a pas à reproduire les conditions générales (40) mais peut-

(39) Trib. paix Paris (11^e arrt) 24 janvier 1934, Rec. civ. not. 1934, 402.

(40) Civ. 25 juin 1923, S. 1923.1.268 ; Orléans 21 février 1925, J. A. 1925, 427 ; d'ailleurs un exemplaire des statuts doit être remis en même temps que la police.

elle contenir les clauses suppléant ou en opposition avec celles-ci ? La jurisprudence valide ces clauses quand elles ne touchent ni à des mentions obligatoires ni à l'ordre public⁽⁴¹⁾ ; au contraire, elles les annule quand elles concernent des mentions qui, bien qu'obligatoires, ne figuraient pas dans les statuts ou y dérogent⁽⁴²⁾.

Nous avons déjà vu la sanction de la non-remise d'un exemplaire des statuts, que décider au cas où les mentions exigées par les articles 20 et 55 du décret de 1922 ne sont pas reproduites dans la police. La jurisprudence décide que la remise des statuts n'y supplée pas⁽⁴³⁾ et nous pensons que le contrat devra être annulé, en raison du but poursuivi par le législateur quand il ordonne l'insertion de certaines dispositions, à moins que la société ne prouve que l'adhérent les connaissait parfaitement et les avait acceptées.

Quant aux modifications des conditions particulières de la police, de droit commun, elles ne peuvent être faites que par une convention et non par un acte quelconque des parties. Ainsi, un article des tarifs d'une mutuelle ne saurait modifier une police dont ils ne font pas partie⁽⁴⁴⁾ et cette solution a été consacrée par l'article 8, alinéa 12 de la loi du 13 juillet 1930 : « toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties ».

N'ayant examiné ni les conditions de forme ni celles de fond de toute police d'assurance, nous n'envi-

(41) Paris 21 juin 1888, G. P. 1888.2.254; Lyon 15 février 1888, G. P. 1888.1. suppl. 110; civ. Béthune 23 décembre 1913, J. S. 1918, 110.

(42) Civ. Seine 16 mars 1904, R. A. M. 1904, 156.

(43) Paris 4 novembre 1916, R. A. 1917, 48.

(44) Req. 13 février 1883, B. S. 1.8.

sagerons pas les causes de nullité et du contrat et de la police, qui nous entraîneraient hors du domaine propre aux mutuelles.

Telles sont les conditions générales et les conditions spéciales qui règlent le contrat d'assurance passé avec une mutuelle. De leurs particularités ressort la triple qualité de l'adhérent mutuelliste : en devenant un assuré, il devient aussi un associé et un assureur. Les statuts, contenant les conditions générales, montrent sa participation à la vie sociale : il est un associé ; cette société est spécialisée dans la pratique de l'assurance mutuelle : il est assureur. Et ceci est manifeste dans de nombreux statuts qui débute par une formule analogue à celle-ci : « Il est constitué entre toutes les personnes qui adhéreront aux présents statuts, une société d'assurances mutuelles ». Par l'établissement de la police, enfin, l'adhérent devient un assuré.

En fait, les qualités d'associé et d'assureur se ramènent à celle d'associé ; dans les mutuelles actuelles, où les adhérents ne se connaissent pas le plus souvent, ces adhérents ne sentent pas, comme dans les mutuelles primitives, que c'est leur réunion, leur mise en commun de contributions qui leur permet de se garantir mutuellement contre certains risques. Aujourd'hui, la société s'interpose entre les adhérents et les absorbe dans sa personnalité.

Mais cette double qualité va soulever des difficultés. Les intérêts de l'associé et de l'assuré peuvent n'être pas toujours en harmonie. Souvent aussi, il y aura divergence d'intérêts entre deux ou plusieurs associés, à raison de leur qualité soit d'associé, soit d'assuré. Et puis, une société ne peut vivre repliée sur elle-même, les mutuelles auront des rapports avec les

tiers et des conflits pourront surgir entre ceux-ci et les adhérents.

Aussi allons-nous étudier dans deux parties, *les rapports des sociétés d'assurances mutuelles avec leurs adhérents* (1^{re} partie) *et avec les tiers* (2^e partie).

PREMIERE PARTIE

**LES RAPPORTS DE LA SOCIETE
D'ASSURANCES MUTUELLES
AVEC SES MEMBRES**

Nous allons retrouver ici la distinction entre les statuts et la police. Les droits et obligations de l'adhérent d'une mutuelle se rattachent à sa double qualité d'associé et d'assuré et nous avons vu qu'en adhérant aux statuts, il devient un associé, et qu'il devient un assuré en souscrivant une police. Il serait, certes, facile d'étudier les rapports des mutuelles avec leurs membres s'il suffisait de les diviser ainsi. Mais les mutuelles ont des caractères particuliers qui modifient certaines règles du droit des sociétés ou du droit de l'assurance.

Vis-à-vis de la mutuelle, en principe, s'applique le droit commun des sociétés puisqu'il s'agit des rapports d'un associé avec la société dont il fait partie. Mais on dénie souvent aux sociétés d'assurances mutuelles sinon le qualificatif — couramment employé — au moins les caractères juridiques de la société. S'appuyant sur une interprétation stricte de l'article 1832 du Code civil, la doctrine et la jurisprudence ont pendant longtemps décidé que les mutuelles étaient des associations parce qu'elles n'avaient pour but que de répartir des pertes et non des bénéfices (1). Cependant, sous la pression des nécessités pratiques, on était obligé de reconnaître leur personnalité mo-

(1) Req. 16 août 1870, S. 1871.1.15; Laurent, *Princ. dr. civ. français*, t. XVI, n° 147; Lyon-Caen, notes sous Paris 18 décembre 1885, S. 1887.2.121 et Civ. 22 juin 1914, S. 1915.1.33; Tissier, note sous Req. 6 mars 1899, S. 1900.1.33; Laprade, *Nature des Sociétés d'Assurances Mutuelles*, Th. Paris 1914, p. 106; Thaller et Pic, *Sociétés Commerciales*, t. I, n°s 3 et 5.

rale (2) ; puis la réglementation minutieuse du législateur dans un décret prévu par la loi du 24 juillet 1867, montrait combien les mutuelles se rapprochaient des sociétés, tant en droit qu'en fait. Enfin, notre droit moderne a abandonné la simple recherche d'un but lucratif pour caractériser la société de l'article 1832 du Code civil, par opposition avec l'association de la loi du 1^{er} juillet 1901 (3). Il n'y a pas seulement société quand des personnes contribuent à la formation d'un patrimoine social en vue de se partager un bénéfice éventuel, il y a société toutes les fois qu'est réalisé un groupement d'intérêt économique ou patrimonial, avec la contribution des associés (apport social) et la formation d'un patrimoine social. C'est dans ce groupement que réside la vraie nature juridique de la société tandis que l'association est un groupement d'intérêt moral ou extra-patrimonial. Dès lors, la société d'assurances mutuelles est une société; elle n'a rien d'une association puisqu'elle ne poursuit pas un but étranger aux besoins patrimoniaux de ses membres, un intérêt qui leur soit supérieur et les dépasse : l'expression qui sert à la désigner est absolument conforme à son exacte nature.

Depuis longtemps, la Chambre civile de la Cour de Cassation l'avait indiqué : « Aucune distinction ne saurait être établie entre les sociétés anonymes qui

(2) Re. 5 novembre 1855, S. 1857.1.375; celle-ci est expressément consacrée aujourd'hui par le décret du 8 mars 1922 — après les solutions implicites du décret de 1868 — dans son art. 41, qui décide que « les unions (de mutuelles) ont la capacité civile comme les sociétés d'assurances mutuelles elles-mêmes ». Cf. C. co. italien, art. 239; V. A. G. art. 15; Ehrenberg, Privatversicherungrecht, § 4; Manes, Versicherungswesen, t. I, p. 127.

(3) E. Gaudemet, note sous Req. 25 avril 1910, S.1913.1.481; Cf. l'art. 531 du projet de Code des obligations franco-italien : « La Société est un contrat par lequel deux ou plusieurs personnes conviennent de contribuer, chacune pour la propriété ou l'usage de choses ou par sa propre industrie, à la réalisation d'une fin économique commune. »

ont pour objet la poursuite d'un lucre ou le partage de bénéfices, et celles qui, comme les assurances mutuelles, n'ont pour objet que la réparation de pertes ou leur atténuation » (4).

Si la doctrine a été plus longue à se décider pour qualifier les mutuelles de sociétés, elle l'admet aujourd'hui (5), bien qu'il reste encore quelques auteurs dissidents (6).

Certes, reconnaître aux mutuelles le caractère de société ou d'association, n'influe pas sur les solutions de fait consacrées par la jurisprudence — sauf pour la question controversée de l'application de la loi du 24 juillet 1867 aux mutuelles. Nous prendrons néanmoins parti dans le débat, et nous verrons dans les sociétés d'assurances mutuelles, de véritables sociétés. C'est une solution qui s'impose, nous semble-t-il, lorsqu'on a étudié la vie de ces organismes et qui, seule, peut expliquer les décisions de nos tribunaux.

Comment admettre, aussi bien, qu'une association ait la personnalité morale en dehors de toute déclaration ; qu'une association ne puisse se former en observant les prescriptions de la loi du 1^{er} juillet 1901 et doive observer celles du décret du 8 mars 1922 ? Si on veut faire des mutuelles des associations on ne peut leur en appliquer la technique et ce n'est que théorie pure. Dès l'instant qu'on y voit des sociétés,

(4) Civ. 13 mai 1857, S.1858.1.129; adde Civ. 9 novembre 1858, S.1859.1.15; Req. 28 décembre 1886, S.1888.1.68; Chambéry 5 novembre 1901, R. A. 1905, 493; Civ. 22 juin 1914, S.1915.1.33.

(5) Astresse, t. I, p. 87; Michoud, la théorie de la personnalité morale, 2^e éd. par Troabas, t. I, p. 488; Hémard, Tr. des nullités de sociétés, 2^e éd. p. 415; Colin et Capitant, Tr. de dr. civ. 7^e éd., t. II, n° 760; Sumien n°s 168 et 202; Kayser, Société ou Association, p. 260; de Mironde, p. 26.

(6) Adde aux auteurs cités plus haut : Planiol et Ripert. Tr. pratique de dr. civ. t. XI par Rouast, Savatier et Lépargneur n° 1.077-3° ; Lyon-Caen et Renault, Tr. dr. comm. 5^e éd. par Amiaud, t. II, n° 137 s.; Houpin et Bosvieux, tr. des soc. 6^e éd. t. II, n° 1.842.

toutes les solutions jurisprudentielles découlent en conséquence logique de cette notion, et en saisissant mieux la nature des mutuelles, on peut mieux les régler et les perfectionner. Sociétés pratiquant l'assurance, les mutuelles ont à ce point de vue les mêmes rapports avec leurs assurés que les compagnies. Toutefois il est nombre de particularités, tenant à la mutualité, qu'il nous faudra examiner.

Du fait même que l'adhérent d'une mutuelle a des droits et des obligations tenant à sa double qualité, des conflits naîtront qui ne pourront être résolus qu'en se penchant sur les principes qui gouvernent et les sociétés et la mutualité, et en recherchant si les uns doivent l'emporter sur les autres.

Enfin, la vie d'une société, les changements ou les innovations de la jurisprudence ou de la loi, obligeront les mutuelles à modifier leurs statuts et à changer ainsi les droits ou les obligations de leurs adhérents. Il est indispensable de préciser dans quelle mesure elles peuvent ou doivent imposer ces modifications à leurs adhérents et quelles seront leurs répercussions sur les contrats en cours.

Notre tâche étant ainsi délimitée, nous étudierons successivement les rapports de la société d'assurances mutuelles avec ses associés (chapitre 1) et avec ses assurés (chap. 2) puis nous rechercherons l'influence réciproque des qualités d'associé et d'assuré (chap. 3) et enfin nous envisagerons les modifications aux droits et obligations des adhérents (chap. 4).

CHAPITRE PREMIER

LES RAPPORTS DE LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCES MUTUELLES AVEC SES ASSOCIÉS

Nous n'étudierons pas tous les rapports que peut avoir une mutuelle avec ses associés. Une mutuelle est une société, avons-nous admis, mais elle est une société particulière et ce seront ces particularités que nous examinerons, sous l'angle de ses rapports avec ses associés. Comme dans toute société, l'adhérent d'une mutuelle a des droits à faire valoir à l'encontre de l'organisme social, de même que celui-ci en possède à son encontre, droits et devoirs sanctionnés par des actions en justice.

Nous envisagerons d'abord les droits que l'adhérent tient de sa qualité d'associé (section 1) avant d'examiner quelles obligations en découlent à sa charge (section 2) et comment sont sanctionnés ces droits et devoirs (section 3).

SECTION I

LES DROITS DE L'ASSOCIÉ

De droit commun, un associé doit pouvoir faire partie des organes qui dirigent la société ; il doit aussi

pouvoir surveiller la gestion de ces organes en enfin prendre sa part dans les bénéfices sociaux ou l'actif social, à la dissolution. De même, l'adhérent mutualiste va être appelé à administrer (parag. 1) et à contrôler la gestion de la mutuelle (parag. 2) enfin, il pourra toucher une part de son actif à la dissolution (parag.3).

§ 1. — LE DROIT A L'ADMINISTRATION.

L'associé va pouvoir exercer des fonctions importantes comme administrateur ou directeur, ou plus simplement faire partie de l'Assemblée générale ; il nous faut préciser les conditions d'accès à ces fonctions.

A. — *Le Conseil d'administration.*

D'après l'article 6 du décret de 1922, les membres du conseil d'administration doivent être choisis parmi les sociétaires (1). Seul un sociétaire peut donc être administrateur, mais le fait de le choisir en dehors ne rend pas la société nulle, il suspend sa constitution (art. 4 d. 1922) et la nomination, conformément au décret, d'un nouvel administrateur couvre l'irrégularité (2). Mais tout sociétaire ne peut être administrateur : les statuts, d'après le même article, fixent la somme de valeurs assurées ou de cotisations nécessaires pour prétendre à cette fonction. Toute nomination faite en dehors de cette règle sera nulle, à moins qu'avant une demande en nullité, une Assemblée ultérieure n'ait régularisé cette nomination alors que le sociétaire a augmenté à ce moment ses valeurs assurées

(1) Cf. C. co. italien art. 241.

(2) Civ. Seine 18 août 1883, J. S. 1885, 74; B. S. 3, 29.

ou ses cotisations jusqu'au chiffre fixé. Mais les statuts peuvent-ils déterminer d'autres conditions pour la participation au Conseil d'administration, ainsi fixer une proportion d'administrateurs par branches d'assurances exploitées ou par régions auxquelles s'étendent les opérations de la société. Nous ne le pensons pas, étant donné l'esprit de cet article, qui doit être considéré comme d'ordre public. Le décret de 1868, en effet, dans son article 15, ne prévoyait qu'une limite : la somme de valeurs assurées fixée aux statuts, ce qui s'explique par la prédominance, à cette époque, de l'assurance incendie. En fixant une autre forme à la condition que pourraient exiger les statuts des administrateurs, le décret de 1922 a entendu à la fois se montrer plus accueillant aux sociétaires et tenir compte des risques nouveaux pour lesquels l'ancienne réglementation était inopérante (assurance contre les accidents du travail). Ce texte est impératif, car le législateur n'a pas voulu que tout sociétaire puisse être administrateur ; il faut que cette fonction ne soit remplie que par des sociétaires présumés avoir par l'importance des risques qu'ils font assurer, un intérêt suffisant à la bonne marche de la société ; mais il a jugé que cette limitation constituait à la fois un minimum et un maximum.

Les pouvoirs du Conseil d'administration seront déterminés par les statuts (art. 5 al. 1).

B. — *Le directeur.*

A côté du Conseil et comme organe permanent de l'administration, on peut trouver dans les mutuelles comme dans les compagnies, un directeur. Il est nommé, sous le régime du décret de 1922, uniquement par le Conseil d'administration, alors que le décret de 1868 donnait aussi ce pouvoir à l'Assemblée géné-

rale. L'art. 5, al. 2, précise qu'il doit être choisi parmi les membres du Conseil d'administration. Mais les statuts ont la faculté de déroger à cette obligation ; en fait les statuts demandent, pour être Directeur, de remplir les mêmes conditions que pour être administrateur et cette exigence s'explique par les mêmes raisons. Il peut arriver que le Directeur ne remplisse plus les conditions voulues pour sa fonction, ainsi s'il est révoqué comme administrateur ou bien s'il n'est pas réélu ; doit-il également quitter la Direction ? Nous ne le pensons pas, car le Directeur est lié à la mutuelle par un véritable contrat de louage de services qui ne pourra prendre fin par le fait même de la cessation des fonctions d'administrateur (3). Puis, une continuité est nécessaire dans la gestion d'une société et le fait de n'être plus administrateur n'implique pas l'incapacité du Directeur. Enfin la société n'est pas désarmée en face de ce maintien en fonctions, puisque la jurisprudence décide que le Directeur est révocable *ad nutum* (4).

Notons d'ailleurs qu'au cas où les statuts autorisent la nomination d'un directeur non administrateur, la difficulté que nous examinons recevrait une solution simple ; il suffirait au Conseil d'administration de confirmer la nomination du directeur, en tant que choisi hors de ce Conseil.

C. — *L'Assemblée générale.*

La loi du 24 juillet 1867, dans son article 27, admet que les statuts des sociétés par actions pourraient exiger pour le droit de voter, la possession d'un nombre minimum d'actions. Elle était guidée par une dou-

(3) Cf. Ancey et Sicot p. 43.

(4) Paris 12 juillet 1917, J. S. 1918, 168; Houpin et Bosvieux, n° 1.869; contra Astresse n° 229.

ble considération pratique : d'une part, la présence d'un trop grand nombre d'actionnaires rendrait difficile la tenue des Assemblées, d'autre part, en raison de l'identité de l'intérêt de tous les actionnaires, il n'y avait pas d'inconvénient majeur à exclure ceux qui n'ont qu'un faible intérêt par suite du nombre restreint d'actions qu'ils possèdent (5). Mais un courant d'idées opposées ne tarda pas à se manifester en faveur des petits actionnaires et la loi du 1^{er} août 1893 autorisa ceux-ci à se grouper pour arriver au nombre minimum d'actions exigé par les statuts (art. 27, al. 2 l. 1867). Nous retrouvons en partie cette évolution à propos des sociétés d'assurances mutuelles. Le décret de 1868, art. 16, décide, pour les mêmes motifs que la loi de 1867, que les statuts pourront limiter l'accès aux assemblées, soit en exigeant un minimum de valeurs assurées ou de cotisations soit en fixant un maximum des plus forts assurés. L'art. 7 du décret de 1922 a ajouté un troisième mode de limitation, la fixation du nombre « des plus forts assurés de chaque groupement professionnel ou régional, lorsque la société a admis, dans ses statuts, ce mode de groupement ». Mais surtout, le même article prévoit que les assurés ne remplissant pas individuellement les conditions prévues par les statuts, pourront se grouper pour former le minimum de cotisations ou de valeurs assurées et se faire représenter par l'un d'eux à l'assemblée. Toutefois, les restrictions statutaires s'appliquent à toutes les assemblées, ordinaires ou extraordinaires.

Cette réglementation, par le décret, du droit d'accès à l'Assemblée générale dans les mutuelles est beau-

(5) Wahl, Précis de dr. comm. n° 863.

coup plus souple que celle de la loi de 1867. Les statuts, aussi bien, peuvent choisir entre les quatre modes de limitation prévus à l'art. 7 et c'est la raison pour laquelle il faut décider qu'ils ne pourront adopter une autre limitation et que toute stipulation subordonnant l'accès à l'assemblée, soit à un tirage au sort, soit à un choix (6) par exemple, serait nulle. De même serait nulle toute assemblée composée contrairement aux statuts (7). Un raisonnement identique nous conduit au contraire à valider la disposition statutaire qui n'exige aucune condition pour faire partie de l'assemblée générale, ou fixe le minimum à un taux si faible que tous les assurés ou presque le dépassent (8). En pratique, d'ailleurs, le cas se rencontrera rarement, les statuts profitant du choix que leur laisse le décret de 1922 entre plusieurs solutions.

Les quatre modes de limitation permis par l'art. 7 al. 2 sont donc :

- 1). — Fixation d'un minimum de valeurs assurées ;
- 2). — Fixation d'un minimum de cotisations ;
- 3). — Fixation du nombre des plus forts assurés pour l'ensemble de la Société ;
- 4). — Fixation du nombre des plus forts assurés de chaque groupement professionnel ou régional, lorsque la Société admet ce mode de groupement.

Ce mode, avons-nous dit, est une innovation du décret de 1922, qui se justifie par l'organisation pratique de certaines mutuelles. De grandes mutuelles, désirant réunir les risques par régions, ont créé des groupements basés sur une répartition géographique,

(6) Req. 19 nov. 1900, S. 1902.1.449 note Wahl; Paris 6 janvier 1910 S. 1911.2.17 note Houpin.

(7) Paris 15 décembre 1890, B. S. 2, 241.

(8) Clément, des Assurances mutuelles, th. Paris 1889, p. 107; Houpin et Bosvieux n° 1.875, cf. Vivante traité de dr. comm. (trad. Escarra) t. II, p. 588.

à l'intérieur de la Société. Et pour donner à cette sorte de retour sur le passé plus de vie, les statuts décidaient que chaque groupement aurait un certain nombre de représentants à l'Assemblée générale. C'est cette pratique que le décret de 1922 est venu consacrer, de même que celle consistant à créer des groupements tenant compte de la diversité des professions des assurés (9). Les statuts devront prévoir le cas où plusieurs assurés réunissent les conditions d'accès à l'assemblée et décider de quelle façon sera choisi celui qui y assistera ; à défaut de clause explicite, il sera équitable de désigner le plus ancien assuré.

Mais, à côté de ces limitations, les statuts doivent prévoir, aux termes de l'art. 7, al. 4, le droit de se grouper pour les assurés ne remplissant pas individuellement les conditions d'accès à l'assemblée.

Le décret de 1922, après la loi du 1^{er} août 1893 en matière de société par actions, consacre le droit pour les minorités d'être représentées dans les assemblées générales. Mais les Mutuelles sont des sociétés particulières et le décret de 1922 n'a pas précisé les conditions d'adaptation de ce droit de groupement à leur régime; ainsi des difficultés s'élèvent-elles.

Le droit de groupement s'exerce facilement lorsque la mutuelle arrête à un chiffre déterminé le minimum de valeurs assurées ou de cotisations nécessaires pour faire partie de l'assemblée. La difficulté naît lorsque les statuts décident que feront partie de l'assemblée les 50 ou 100 plus forts assurés pris soit dans l'ensemble de la société, soit dans chaque bran-

(9) Ainsi, les statuts de la Mutuelle Générale Française, disposent : « Font partie des assemblées générales les cent assurés ayant payé, dans l'exercice, les plus fortes cotisations dans chaque branche; il sont pris dans les diverses branches de la société, en proportion de l'importance des primes fournies par chacune d'elles. Chaque branche aura toujours droit à un membre au moins pour la représenter » (art. 33 des statuts généraux).

che en proportion des primes recueillies par chacune d'elles. Appliquer, en effet, cette disposition statutaire à la lettre serait fixer irrévocablement à 50 ou 100 le nombre des membres de l'assemblée générale et par suite rendre impossible tout groupement qui conduirait à augmenter ce nombre. Ainsi, interprétant ces clauses en fonction du décret de 1922, on décide unanimement ⁽¹⁰⁾ que le droit de groupement s'exercera en prenant comme base la cotisation acquittée par celui des 50 ou 100 associés, désignés conformément aux statuts, qui paie la cotisation la plus faible ⁽¹¹⁾. Le décret de 1922, en effet, n'exige qu'une condition de fond pour qu'existe le droit de groupement, quand dans l'art. 7, al. 4, il ne permet de le limiter qu'en demandant la réunion d'un nombre d'assurés payant « le minimum de valeurs assurées ou de cotisations nécessaires » ; et ceci est appuyé par le rapprochement de ce texte avec l'art. 7, al. 2, qui admet quatre modes de réglementation de l'accès à l'assemblée générale. Cette différence montre bien la volonté du législateur de faciliter le droit de groupement des petits assurés. Par suite, il faudra annuler toutes les clauses des statuts qui aboutiraient à limiter ce droit, ainsi celle exigeant un certain minimum pour les assurés qui veulent se grouper, ou celle décidant que la base du groupement serait, dans chaque branche, le minimum de cotisations ou de valeurs assurées qui lui est spécial, dans l'intention d'obtenir une proportion dans les groupements analogues à celle existant chez les

(10) Ancey et Sicot, p. 57; M. Picard, Cours 1934-35; Houpin et Bosvieux n° 1.876.

(11) Au cas où des statuts décident qu'un membre par branche spéciale, au moins, assistera à l'assemblée (cf. p. 51 en note) c'est la cotisation la plus faible payée même par un de ces membres, obligatoires en quelque sorte, qui servira de base au groupement des petits assurés.

50 ou 100 plus forts assurés, par rapport aux branches spéciales de la mutuelle.

Mais, pour que puisse se réaliser le groupement des petits assurés — ce qui en fait est assez rare — il faut encore que se trouvent remplies trois conditions d'exercice de ce droit :

a) Il faut que le minimum de valeurs assurées ou de cotisations nécessaires pour l'accès à l'assemblée générale soit fixé suffisamment avant celle-ci, pour que les groupements puissent se réaliser. Le droit de groupement reconnu par le décret de 1922 implique que l'insertion dans un journal d'annonces légales du siège social, faite 15 jours au moins avant la date fixée pour l'assemblée, indique la cotisation la plus faible payée pour l'exercice écoulé par les associés figurant dans les 50 ou 100 qui sont convoqués (Cf. art 7, al. 3). (12).

b) Alors que les statuts règlent librement la représentation des associés à l'assemblée, l'art. 7 al. 4 du d. 1922, exige que les membres d'un groupement soient représentés par l'un d'eux, donc par un associé.

c) Enfin l'art. 7, al. 5, décide que l'associé, porteur de pouvoirs émanant des membres d'un groupement de petits assurés, doit les déposer au siège social et les y faire enregistrer 5 jours au moins avant l'assemblée générale « faute de quoi ces pouvoirs seront nuls et de nul effet ».

Ainsi l'adhérent d'une mutuelle peut intervenir de façon fort active dans son administration : il peut être administrateur ou directeur, si l'importance de ses intérêts assurés le lui permet ; à tout le moins il a un droit de représentation à l'assemblée, soit par lui-même, soit grâce au droit de groupement (13).

(12) Astresse n° 237.

(13) Ancey et Sicot p. 55.

§ 2. — LE DROIT AU CONTRÔLE

S'il est très utile pour les adhérents d'une mutuelle de participer à son administration moyennant la réalisation de certaines conditions, il est indispensable qu'ils puissent contrôler cette administration, surtout lorsqu'ils ne réalisent pas les conditions nécessaires pour en faire partie. Aussi le décret de 1922, après celui de 1868, prévoit pour les associés la possibilité d'être commissaires (art. 12) et donne à tout associé le droit de prendre communication de certaines pièces au siège social (art. 16). Enfin la jurisprudence leur accorde le droit d'intervenir dans les procès où sont en jeux les intérêts sociaux.

A. — *Les commissaires*

L'Assemblée générale désigne chaque année un ou plusieurs commissaires, sans être obligée de les choisir parmi les sociétaires, si bien que ce n'est point un droit exclusif de ceux-ci. Le rôle des commissaires est particulièrement important en raison des exigences des art. 12 et 13 du décret de 1922 qui reproduisent la loi du 24 juillet 1867 (art. 32 et 33) (14).

B. — *Le droit de communication*

Le décret de 1922 (art. 16) reconnaît aux associés un très important droit de regard sur la gestion de la société. Alors que le décret de 1868 (art. 24) limitait, ainsi que le fait la loi du 24 juillet 1867 (art. 35) ce droit à la fois quant aux pièces soumises à communication et quant au temps où il pouvait être exercé,

(14) Malgré l'utilité certaine des commissaires, la législation italienne n'exige point qu'ils soient prévus dans les mutuelles; mais, en fait, les statuts suppléent à ce silence (Vivante p. 592).

le nouveau texte permet à tout associé de prendre communication au siège social, par lui-même ou par un fondé de pouvoirs, du bilan, du compte de profits et pertes, de l'inventaire du dernier exercice et de la liste des membres de l'Assemblée générale. L'associé pourra ainsi étudier et surveiller le fonctionnement financier de la société ; il pourra même demander copie certifiée de ces pièces, au besoin pour les soumettre à une personne plus compétente que lui, et l'art. 16 fixe le coût maximum de cette délivrance à 5 francs pour éviter que les mutuelles en exigeant une somme trop élevée n'en arrivent à l'empêcher pratiquement. Il ne semble d'ailleurs pas que ce droit soit souvent exercé, mais quand il l'est, il constitue un contrôle assez sérieux de la part des associés (15).

C. — *Le droit d'intervention.*

Il faut enfin admettre le droit pour les adhérents d'une mutuelle d'intervenir dans les procès où les intérêts sociaux sont en jeu, lorsque les contestations portées devant les tribunaux sont susceptibles d'influer sur les destinées de la société et de menacer son existence et son patrimoine (16). Application de l'art. 466 C. pr. civ., ce droit pourra, nous le verrons, s'exercer aussi bien pour sauvegarder les intérêts de l'associé que ceux de l'assuré. Une seule condition est requise : avoir un intérêt.

(15) Un jugement du Tribunal de paix de Paris (11^e arr.) du 8 octobre 1890 (B. S. 3, 202) refusait un contrôle plus large que celui prévu par le décret de 1868 en déclarant « qu'il est évident que donner à chaque associé un tel droit rendrait impossible l'administration d'une mutuelle, par la complication qui résulterait du nombre toujours considérable des sociétaires ».

(16) Paris 10 février 1904, D.1909.2.225.

§ 3. — LE DROIT A UNE PART DE L'ACTIF,
LORS DE LA DISSOLUTION DE LA SOCIÉTÉ.

Comme dans toute société, il doit être opéré un partage de l'actif restant après extinction de tout le passif, en l'espèce indemnités et dettes sociales, entre les associés.

L'art. 27, d. 1922, dispose : « l'emploi du reliquat du fonds de réserve est réglé par l'assemblée générale sur la proposition du conseil d'administration et soumis à l'approbation du ministre du Travail ». Rarement fut appliqué ce texte, reproduction de l'art. 32, d. 1922, car les mutuelles dissoutes étaient toujours en déficit, jusqu'au jour où une mutuelle contre l'incendie, « L'Economie », de Limoges, fut dissoute et liquidée en 1903. Son conseil d'administration, approuvé par l'assemblée générale, répartit ainsi l'actif : une partie servit à acheter une pompe automobile, une autre à rémunérer les anciens employés et directeurs de la mutuelle, le reste fut versé à des œuvres de bienfaisance. Le ministre alors compétent, celui du Commerce, approuva cette décision à son tour, déclarant d'ailleurs que le décret de 1868 ne lui permettait pas autre chose que de donner un avis en la matière.

Il faut donc décider que ce sera aux statuts de régler l'emploi de l'actif disponible lors de la liquidation. L'assemblée générale alors n'aura qu'à appliquer les règles statutaires. Mais les statuts pourront être muets : dans ce cas, l'art. 27, d. 1922 devra être observé.

Dans tous les cas d'ailleurs, la solution normale sera la répartition de l'actif restant, au moins dans une certaine mesure, entre les associés, car on doit y voir seulement une répartition d'excédent et non une distribution de bénéfices (17).

(17) Cf. V. A. G. art. 48; contra Bourgeois, p. 317.

SECTION II

LES OBLIGATIONS DE L'ASSOCIE

En contre-partie des droits qui lui sont reconnus comme associé, l'adhérent d'une société d'assurances mutuelles est tenu à de certaines obligations. Il serait inutiles de les énumérer ici, car la plupart ne sont que les conditions de ces droits, ainsi l'obligation de réunir un maximum de cotisations ou de valeurs assurées pour pouvoir assister à l'assemblée générale. Toutes ces obligations dérivent d'un principe général : l'associé doit se conformer aux statuts, qui sont l'acte social liant tous ceux qui participent aux opérations de la mutuelle (18). Cette obligation est assez restreinte, elle est à peu de chose près l'observation des règles posées par le décret de 1922 ; les statuts, en effet, ne font qu'appliquer ces règles sous une forme plus ou moins identique et nous avons vu que nombre d'elles étaient impératives (nomination du Directeur, désignation des membres de l'assemblée générale, etc...), si bien que la faculté, pour les statuts, de créer des obligations aux associés, est très limitée. Quelques obligations particulières, d'ailleurs, ressortent du décret où elles sont précisées, ainsi, l'art. 7, al. 4 et 5, quand il exige que le représentant d'un groupement de petits assurés soit lui-même un associé, ou que tout pouvoir soit déposé au siège social 5 jours avant l'assemblée, sous peine de nullité.

(18) Tribunal de Paix de Paris, 15 avril 1904. G. P. 1904.1.595; Clément p. 143.

SECTION III

LA SANCTION DES DROITS ET OBLIGATIONS DE L'ASSOCIE

Pour que ses droits soient une réalité, il importe que l'associé puisse les faire valoir en justice, comme il est nécessaire que la société puisse le poursuivre lorsqu'il méconnaît les obligations auxquelles il est tenu de par son entrée dans la société.

Comme corollaire de ses droits de contrôle et d'administration, l'associé aura le droit d'agir en nullité ou en responsabilité. Un cas particulier concerne la nomination des commissaires aux comptes : un recours est ouvert à tout intéressé et c'est aussi bien la sanction du droit de l'associé d'être commissaire lui-même ou d'avoir la garantie de ses opérations que la sanction du refus des associés de remplir ces fonctions. Enfin, lorsque le cas se présentera de répartition de l'actif de la mutuelle après liquidation entre ses associés, ceux-ci pourront agir en justice pour obtenir la part qui leur revient, si elle ne leur est pas délivrée.

Remarquons qu'ici les recours sont plus importants et plus nombreux de la part des associés contre la société ou ses organes, que dans l'hypothèse inverse. Nous verrons au contraire, en étudiant les rapports de la société d'assurances mutuelles avec les assurés que ce sont les recours de la société contre les assurés qui sont les plus importants et les plus fréquents.

§ 1. — LES ACTIONS EN NULLITÉ.

Les droits reconnus aux adhérents d'une société d'assurances mutuelles par le décret de 1922 ou par les

statuts, en exécution de celui-ci, ne peuvent être tenus en échec, soit par les statuts, soit par les organes d'une mutuelle. Il faut, en réalité, distinguer suivant que c'est la règle posée par les statuts qui est en opposition avec le décret de 1922 ou son application qui n'est conforme ni à la lettre ni à l'esprit de statuts réguliers.

Lorsque la règle posée par les statuts est illicite, l'associé pourra agir en nullité. Nous ne pouvons entrer dans la controverse sur l'application des sanctions de la loi du 24 juillet 1867 aux règles posées par le décret de 1922 pour les mutuelles (19). Nous admettons seulement le droit pour l'associé de faire annuler une clause contraire au décret de 1922 (ou antérieurement au décret de 1868) ce qui entraînera la nullité de la société. Il en sera ainsi lorsque les statuts nommeront le Directeur (20) ou fixeront, pour l'accès à l'assemblée générale, un mode de limitation non admis par le décret (21). Les droits de l'associé, en effet, ne sont pas respectés et un pacte social ne peut être fondé sur la méconnaissance des prérogatives des futurs associés.

Le cas peut se présenter de statuts qui pêcheront par omission en ne reproduisant pas, par exemple, la disposition de l'art 7 d. 1922, sur le droit de groupement des petits assurés. Faut-il pour cela annuler toute la société ? Il nous semble plus rationnel de sous-entendre la disposition omise lorsqu'elle est impérative et de l'appliquer en fait comme si elle était écrite. Mais il faudra, au contraire, annuler la société toutes les fois que l'importance de l'omission est telle

(19) Astresse n° 125; Hémard Tr. des nullités de sociétés, 2^e éd. 1926, n° 217 s.; Houpin et Bosvieux n° 1.845; Ancy et Sicot, p. 215.

(20) Req. 19 nov. 1900, S.1902.1.449, note Wahl.

(21) Paris 6 janvier 1910, S.1911.2.17, note Houpin.

qu'elle ne permet pas à la mutuelle de fonctionner d'une façon légale.

Les statuts, par contre, peuvent ne contenir que des dispositions valables, mais les organes de la mutuelle ne les appliquent pas ou en font une mauvaise application. L'associé lésé sera recevable à agir contre l'acte entaché de nullité, mais seul cet acte et ses conséquences seront annulés. Ainsi une assemblée générale irrégulièrement convoquée ou composée sera annulée ainsi que ses résolutions ; de même sera tenu pour nul le rapport d'un commissaire aux comptes nommé par le Directeur (22) ; de même les associés pourront faire annuler les engagements pris par les administrateurs en dehors des limites de leurs pouvoirs (23).

Tout associé peut agir, mais l'action en nullité ne pourra plus être exercée si la cause de la nullité a cessé d'exister avant la demande ou si dix ans se sont écoulés depuis que la nullité a été encourue (24).

§ 2. — LES ACTIONS EN RESPONSABILITÉ.

Une action en nullité ne pourra pas toujours être exercée : l'associé va-t-il se trouver désarmé ? La responsabilité des administrateurs de mutuelles lui permettra un recours contre eux, comme elle le permet aux actionnaires de sociétés anonymes. Les administrateurs, d'ailleurs, sont responsables de leur fait personnel comme de celui du Directeur qu'ils ont choisi (art. 5, al. 2, d. 1922).

Dans quelles hypothèses l'associé va-t-il pouvoir agir ? Le plus souvent les administrateurs auront dé-

(22) Limoges 23 décembre 1910, J.S. 1911, 507.

(23) Civ. Douai 25 janvier 1913, R. A. 1913, 454.

(24) Hémar, Nullités de sociétés n° 319.

passé leurs attributions statutaires ou légales (25) ou fait preuve d'une telle négligence ou incurie que d'autres organes de la société — en particulier le Directeur — en auront profité pour dilapider les fonds sociaux et mener la société à la ruine (26).

Mais lorsque les administrateurs n'auront fait qu'exécuter scrupuleusement les décisions de l'assemblée générale, par suite de la volonté des associés, ils ne sauraient être tenus pour responsables des conséquences qui auraient pu se produire (27). A l'inverse une ratification, par l'assemblée générale, de la gestion des administrateurs postérieurement à l'introduction de l'instance, ne peut arrêter l'action en responsabilité (28).

Le Directeur ne semble pas pouvoir être poursuivi en responsabilité par les associés sous le régime du décret de 1922 car, étant choisi par les administrateurs, ceux-ci sont responsables de leur choix. La situation était différente avec le décret de 1868 qui prévoyait leur nomination soit par le conseil d'administration, soit par l'assemblée générale.

Tout associé sera recevable à agir en responsabilité contre les administrateurs, à condition de prouver que la faute, sur laquelle est basée son action, était susceptible de nuire à ses intérêts (29). Si des dommages et intérêts sont réclamés, l'associé devra faire la preuve du montant du préjudice qui lui a été causé, ce qui est parfois fort difficile.

Ajoutons que les administrateurs de mutuelles peuvent aussi être poursuivis pénalement. On ne peut,

(25) Civ. Toulouse 18 mars 1904, G. T. Midi 3 avril 1904; Nantes 10 mai 1909 G. P. 1909.2.26; civ. Lyon 10 mai 1914, R. A. 1914, 307.

(26) Civ. 10 janvier 1898, S. 1898.1.217.

(27) Paris 30 juillet 1895, B. S. 2, 444.

(28) Req. 1^{er} juillet 1897, J. S. 1898, 110.

(29) Req. 1^{er} juillet 1897 préc.

sans doute, appliquer la responsabilité pénale prévue par les articles 13 à 15 de la loi du 24 juillet 1867, modifiée par le décret-loi du 8 août 1935, qui ne visent presque que des délits qui ne peuvent se réaliser dans les mutuelles, en raison de leurs caractères particuliers (30); il faudra se tourner vers le Code pénal, pour trouver les sanctions nécessaires.

§ 3. — SANCTION DES OBLIGATIONS DE L'ASSOCIÉ

Si l'obligation de l'associé est générale, elle n'en doit pas moins être sanctionnée. Tous les agissements d'un associé qui seront en opposition avec des statuts conformes au décret de 1922, ne pourront être admis et n'auront aucun effet. Ainsi, un associé qui ne réunit pas les conditions fixées pour l'accès à l'assemblée générale, s'en verra interdire l'entrée; de même la société refusera de communiquer d'autres pièces que celles prévues par l'article 16 d. 1922.

Nous avons déjà remarqué que, lorsqu'une obligation spéciale était imposée aux associés par le décret de 1922, une sanction lui était assortie : l'art. 7, al. 4 et 5 annule implicitement la représentation d'un groupement de petits associés par un non associé et, explicitement, le non enregistrement des pouvoirs 5 jours avant l'assemblée.

§ 4. — ACTION EN NOMINATION DE COMMISSAIRES AUX COMPTES

La nomination des commissaires aux comptes est à la fois un droit pour les associés, qui peuvent accé-

(30) Les cas de l'art. 15-3°, 6° et 7° peuvent cependant se présenter: obtention d'adhésions par l'effet d'une publicité mensongère; usage des biens ou du crédit de la société contraire à l'intérêt de celle-ci, dans un but personnel.

der — comme les non associés — à cette fonction, et une garantie (supra p. 54). Aussi lorsque l'Assemblée générale n'a pas nommé ces commissaires, ou lorsque ceux-ci ont refusé ou ont été empêchés, tout intéressé a-t-il le droit de faire procéder à leur nomination ou à leur remplacement (art. 12, al. 3, d. 1922). Par ordonnance rendue sur requête d'un associé (ou d'un tiers pouvant justifier d'un intérêt), le Président du Tribunal civil du siège social y procédera. Notons que les administrateurs auront dû être appelés, pour être entendus sur l'opportunité de la nomination de telle ou telle personne à ces fonctions.

CHAPITRE II

LES RAPPORTS DE LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCES MUTUELLES AVEC SES ASSURÉS

Abandonnant le droit des sociétés, appliqué aux mutuelles, nous entrons dans le domaine propre à l'assurance. Ici, en principe, peu importe la forme de la société, les rapports d'assurance priment tout. Mais cependant il est impossible de dégager entièrement ces rapports de la mutuelle qui les a fait naître, d'effacer l'empreinte qu'ils ont reçue de cette forme pure de la mutualité. Et de même que dans le chapitre précédent nous avons étudié le droit des sociétés appliqué à une forme d'assurance, nous examinerons ici le droit des assurances appliqué à une forme de société; si bien que nous préparerons notre chapitre troisième, consacré aux rapports du droit des sociétés et du droit des assurances dans les mutuelles.

Nous envisagerons d'abord les devoirs des assurés (Section 1) avant d'aborder la question de leurs droits (Section 2), car ceux-ci sont la condition de ceux-là. Enfin, nous essaierons de déterminer comment ces droits et obligations seront respectés, et ce sera le délicat problème des sanctions (Section 3).

SECTION I

LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

La Section 3 du Titre 1^{er} de la loi du 13 juillet 1930 indique les obligations de l'assuré, nous ne nous livrerons pas à leur étude qui nous éloignerait des mutuelles, nous envisagerons celles pour qui les caractères particuliers des sociétés d'assurances mutuelles posent des questions importantes. Nous examinerons donc le paiement des cotisations (§ 1), la déclaration des sinistres (§ 2) et la déclaration de réassurances (§ 3).

§ 1. — LE PAIEMENT DES COTISATIONS

La première et la principale obligation de l'assuré est de payer la cotisation fixée au contrat (1). Son importance est évidente, car c'est le groupement des cotisations qui va permettre à la société de réaliser une mutualité qui prendra à sa charge les sinistres qui surviendront.

Dans l'assurance à primes fixes, l'assuré achète à la compagnie, en échange de sa prime, la garantie d'un risque qu'il peut subir; il n'y faut voir rien de plus qu'une prestation vendue contre une autre, de même qu'on achète un objet ou qu'on passe un contrat de fourniture d'électricité. Il en est différemment dans l'assurance mutuelle; certes, l'adhérent contracte une assurance, comme l'assuré d'une compagnie, mais l'organisme avec lequel il va contracter, il en fait partie : il est à la fois un assureur et un assuré.

(1) Clément, p. 143; Gasca, p. 351; Manes, *Versicherungslexikon*, loc. cit. art. 6; — art. 15, loi du 13 juillet 1930; art. 18, loi suisse sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908.

La prime est le prix moyennant lequel l'assureur prend en charge le risque (2); on l'appelle cotisation, dans l'assurance mutuelle, et cette différence de nom recouvre des caractères différents. Sans doute, l'évolution subie par les mutuelles depuis le début du xix^e siècle a rapproché la cotisation de la prime, mais la cotisation reste autre. Comme la prime, la cotisation est le prix du risque, mais en plus elle est la limitation de la responsabilité des adhérents, ce que ne peut être évidemment la prime payée à une compagnie, totalement distincte de ses assurés.

Pour expliquer et justifier ce caractère, il faut remonter à l'origine des mutuelles. Une mutuelle se crée, elle demande à ses membres une cotisation; à la fin de l'exercice, elle est en présence d'une somme représentant les sinistres à payer et elle devra, suivant le cas, ou répartir l'excédent de cotisations, les sinistres une fois payés, ou réclamer aux adhérents un supplément de cotisations, lorsque celles qui ont été versées d'avance s'avèrent insuffisantes. Ce système fut bien vite abandonné et on lui substitua celui qui consiste à répartir au marc le franc entre les sinistrés le montant des sommes encaissées. Dès lors existent de véritables cotisations — et de véritables sociétés d'assurances mutuelles, car les prévisions basées sur les statistiques entrèrent en jeu pour fixer les cotisations.

Pendant tout le xix^e siècle, on discuta la question de savoir si les cotisations des mutuelles pouvaient être fixes ou devaient nécessairement rester variables. La jurisprudence hésitait, mais les nécessités pratiques et le perfectionnement de l'organisation des mutuelles finirent par l'emporter (3). On ne pouvait, aussi

(2) Hémard n° 48.

(3) Pour certains arrêts, la variabilité est essentielle : Req. 30 déc. 1846, S. 1847.1.285; Paris 23 janv. 1878, B. M. 2, 562; Paris 17 déc. 1888, R. A. 1889,177; Req. 26 oct. 1892, S. 1893.1.31;

bien, laisser les adhérents d'une mutuelle sous la menace de rappels de cotisations, qui pouvaient rendre leur contrat fort onéreux; d'autre part la constitution de réserves permit aux mutuelles de parer aux effets du hasard et, en y joignant une meilleure utilisation des statistiques, de demander chaque année la même cotisation. Pour pallier aux imprévus, la cotisation due par chaque membre fut fixée à une certaine somme dont une partie seulement était appelée au début de l'exercice; un rappel pouvait avoir lieu, tant pour constituer un fonds de réserve que pour solder des sinistres, lorsqu'ils avaient été particulièrement importants une année. Et c'est cette construction, due aux efforts de la pratique et de la jurisprudence, qui se trouve consacrée dans les articles 21 et 23 du décret du 8 mars 1922.

Le législateur a entendu poser nettement que le maximum de la cotisation annuelle était la limite de l'engagement de l'adhérent envers la société ou les tiers, et qu'il ne pouvait être recherché au-delà. Certes, le décret de 1868 (art. 29 et 31), indiquait déjà cette règle (4), mais moins fermement et des liquidateurs de mutuelles avaient essayé de réclamer aux adhérents leur part du passif social, sans rapport avec la cotisation qu'ils devaient (5). La jurisprudence héritait (6), la Cour de Cassation ne s'était pas prononcée

Req. 8 nov. 1892, B. S. 1, 128; civ. Seine, 12 février 1902, Le Droit 19 mars 1902. Pour d'autres, la fixité était possible : Bordeaux 28 mai 1901, J. S. 1902, 116; Civ. 14 janv. 1902, S. 1906.1.409; Civ. 14 janv. 1904, J. A. 1906, 145; Civ. 3 août 1921 Rec. jur. soc. 1922, 72, S. 1922.1.148; Civ. Clermont-Ferrand 26 juin 1923, Rec. jur. soc. 1924, 31; Civ. 6 mai 1930, R. G. 1930, 889; Rennes 7 mars 1934, R. G. 1934, 773.

(4) Astresse n° 181; V. A. G. art. 19.

(5) Ancey et Sicot, p. 94.

(6) Un arrêt de Dijon, 19 décembre 1912, préc. G. T. 1^{er} mars 1913, déduisait le caractère personnel du contrat d'assurance mutuelle, du fait que « l'assuré est aussi sociétaire et tenu comme tel des dettes sociales sans limitation ».

directement (7), aussi un texte précis était-il nécessaire.

Désormais, la cotisation annuelle fixée, d'une manière générale par les statuts, de façon exacte par la police (art. 20, d. 1922) ne pourra en aucun cas être dépassée (8). Elle se décompose en deux parties :

1° *Contribution aux sinistres* (art. 21)

Pour faire face aux sinistres survenus pendant un exercice — un an, d'ordinaire — la mutuelle dispose des cotisations recueillies. Jadis, à la fin de l'exercice, on appelait les cotisations, en proportion des sinistres à régler, mais depuis longtemps, une organisation scientifique de l'assurance permet de prévoir ces sinistres et d'appeler en conséquence des cotisations calculées à l'avance. Ce système est universellement appliqué aujourd'hui. La cotisation fixée dans la police est payable d'avance, soit dans sa totalité, soit en partie. Cette part, exigée dès le début de l'exercice, sera fixée chaque année par l'assemblée générale.

Les statuts laissent en général la police régler ce point. Le plus souvent le maximum de cotisation est exigé d'avance. Mais certains statuts réglementent minutieusement la question en fixant en chiffre le maximum de contribution pour sinistres, et la part appelée au début de l'exercice (9).

(7) Req. 25 nov. 1913, R. A. 1914, 27 ; Req. 9 déc. 1913, R. A. 1914, 293. Ces deux décisions avaient écarté la responsabilité illimitée de l'adhérent en s'appuyant sur ce motif que s'il avait su entrer dans une mutuelle (1^{er} arrêt) ou être tenu pour sa part virile en cas de faillite (2^e arrêt), il n'aurait pas contracté.

(8) Cf. V. A. G. art. 24.

(9) Ainsi les statuts de la Mutuelle de Seine et Seine-et-Oise, fondée en 1819, fixent, dans l'art. 25, à 11 centimes par 1.000 fr. de valeur assurée, le maximum de contribution annuelle (sauf classement du risque en raison de sa gravité, prévu à l'art. 26 des mêmes statuts, en application de l'art. 22, d. 1922) ; 6 centimes s'appliquant aux seuls sinistres, sur lesquels 5 centimes peuvent

De toutes façons, la cotisation appelée d'avance étant une fraction du maximum de contribution annuelle, les statuts ne peuvent établir ce maximum en stipulant qu'il sera un multiple de cette cotisation.

2° Contribution aux frais de gestion (art. 23)

Les statuts doivent fixer le maximum de la contribution qui sera réclamée pour les frais de gestion. Depuis le décret de 1922, ils sont essentiellement variables, ce décret ayant interdit les traités de gestion à forfait. Ces frais comprennent le loyer, les frais de bureau, les traitements et salaires des directeurs et employés, les commissions, les frais de recouvrement, etc... Signalons encore, dans les mutuelles contre l'incendie, les frais d'acquisition de pompes ou les subventions à cet effet aux communes, les allocations aux caisses de secours de sapeurs-pompiers. Ce sont, en principe, tous les frais autres que le paiement des sinistres; il ne faut pas omettre d'y faire figurer les impôts et taxes, car l'augmentation des charges fiscales est le seul cas admis par le décret comme justifiant une augmentation de la cotisation au-delà du maximum (art. 23). Ce maximum sera fixé en tant pour cent ou en chiffres, suivant les statuts ⁽¹⁰⁾, il sera révisé tous les 5 ans au moins par l'assemblée générale.

On discute la question de savoir si les statuts doivent prévoir deux cotisations distinctes, c'est-à-dire, plus exactement, s'ils doivent indiquer séparément le

être appelés d'avance; l'assemblée générale révisé chaque année ce chiffre qu'elle peut diminuer, non dépasser. Enfin, le complément — 1 centime — n'est appelé qu'en cas de besoin constaté.

(10) 35 % de la cotisation annuelle, pour l'assurance contre les accidents du travail, 55 % pour les autres assurances (statuts de la Mutuelle, art. 23); 40 % (statuts de la Mutuelle Générale Française Accidents, art. 15); 5 centimes pour 1.000 frs de valeur assurée, sur les 11 centimes prévus comme maximum de la cotisation annuelle (statuts de la Mutuelle de Seine et Seine-et-Oise, art. 25).

maximum de contribution pour sinistres, puis le maximum de contribution pour frais de gestion, les deux réunis formant le maximum de cotisation annuelle (11). Nous ne le pensons pas. Le but du législateur a été, avant tout, d'obliger les sociétés à faire connaître à leurs adhérents le montant exact de leur engagement; dès l'instant que cette exigence est respectée, les statuts sont valables et il suffira d'indiquer — que ce soit à côté ou à l'intérieur de cette cotisation — la part des frais de gestion, pour que le contrôle en soit facile de la part des assurés. La question n'est pas négligeable car, suivant qu'on fera une mention obligatoire ou non du double maximum, on annulera ou on validera les statuts. On tire du décret de 1922 un argument de texte : deux articles distincts et même séparés par un autre article, prévoient pour les statuts l'obligation de mentionner la contribution pour les sinistres (art. 21) et celle pour les frais de gestion (art. 23).

Mais des motifs plus importants viennent à l'appui de notre solution. D'abord vis-à-vis des tiers créanciers de la société, cette distinction ne peut exister, elle ne vaut qu'entre les associés et la société. Puis, il n'y a pas une séparation si rigoureuse qu'il le paraît entre les deux contributions. Il se peut que l'une des deux soit insuffisante et, dans un cas au moins, un virement pourra être fait de l'une à l'autre. Le décret de 1922 ne réglant pas ce point, ce sera aux statuts de le faire, suivant les principes généraux (12). La contribution pour les sinistres étant, par exemple, de 70 % du maximum, se trouve être insuffisante, si les frais de gestion n'ont absorbé que 20 ou 25 % au lieu

(11) Dans ce sens : Civ. Lyon 4 juillet 1903, R. A. M. 1903, 316; Houpin et Bosvieux, t. II, p. 1.007, note 2; Ancey et Sicot, p. 98; contra Astresse n° 193.

(12) Ancey et Sicot, p. 98; Maurice Picard, Cours 1934-35.

des 30 % autorisés, il pourra être fait emploi du reliquat de la contribution pour frais de gestion, afin de régler les sinistres en excédent. Au contraire, si les frais de gestion dépassent 30 %, il ne pourra être pris, pour les solder, sur un excédent des 70 % pour sinistres. La sanction serait une action en responsabilité contre les administrateurs, en application de l'art. 23.

Enfin, si la distinction entre les deux contributions était si rigide, elle devrait être indiquée au cas d'appel fragmentaire de la cotisation; or, le décret n'a jamais entendu exiger cela et les auteurs s'accordent à le reconnaître (13). Quand la société appellera une partie du maximum ou procédera à un rappel, elle n'aura pas à fixer la part revenant aux sinistres ou aux frais de gestion; mais, si les administrateurs dépassent le maximum pour frais de gestion, ils pourront être actionnés en responsabilité.

Un Tribunal cependant avait cru pouvoir admettre une distinction entre les deux contributions (14). Il décidait qu'au cas de la suspension de son contrat pour non paiement de ses cotisations, l'adhérent, en tant qu'associé, devait toujours participer aux frais de gestion, alors qu'en tant qu'assuré il ne devait plus la contribution pour sinistres, car il ne pourrait plus bénéficier éventuellement d'une indemnité. On ne peut accepter cette solution; l'adhérent qui, par sa faute, a obligé la mutuelle à suspendre l'effet du contrat envers lui, doit rester tenu de la cotisation, sans aucune réserve, et c'est ce que décide une jurisprudence unanime (*infra* p. 104).

En réalité, il s'agit d'une distinction d'ordre intérieur qui s'impose aux administrateurs de la mutuel-

(13) Ancey et Sicot, p. 100; Houpin et Bosvieux, n° 1918.

(14) Civ. Boulogne-sur-Mer 27 mai 1898; B. S. 3, 470.

le, sous peine de leur responsabilité, et non de nullité des statuts car l'essentiel est que l'adhérent sache, en contractant, à quoi il s'engage.

La cotisation, avons-nous vu, est payable d'avance, en totalité ou en partie. Mais est-elle payable chez l'assureur ou celui-ci doit-il la faire encaisser chez l'assuré : est-elle portable ou quérable. L'intérêt est grand car, de la solution admise, dépendra la fixation du point de départ de la suspension ou de la résiliation du contrat. Si nous envisageons ici cette question — alors que nous écartons toutes celles concernant le contrat d'assurance — c'est qu'on avait cru pouvoir tirer des caractères de la cotisation des conséquences particulières. Un arrêt de la chambre des Requêtes du 27 décembre 1887 (15) avait décidé que dans les vraies mutuelles, les cotisations étant variables chaque année, elles devaient être considérées comme quérables; dans les mutuelles à primes fixes, les juges du fond apprécieraient si la cotisation, stipulée portable, est devenue quérable. Il n'y a cependant pas un lien étroit entre la variabilité et la quérabilité, il suffit que la mutuelle ait porté à la connaissance des assurés le chiffre de la cotisation à payer, pour qu'elle puisse être portable (16). En fait, les sociétés d'assurances avaient pris l'habitude de faire toucher à domicile les cotisations, et la jurisprudence reconnaissait que cet usage rendait quérable la cotisation, avec toutes les conséquences qui découlent de ce caractère et quel que soit le caractère qu'elle ait eu dans le contrat (17). La loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance, a décidé dans son art. 16 que les primes (18) seraient

(15) S. 1890.1.125; J. A. 1888, 197; G. P. 1888.1.117.

(16) *Astresse* n° 283.

(17) Civ. 4 nov. 1891, S. 1891.1.532.

(18) A l'exception de la première prime.

payables en principe au domicile de l'assuré, donc quérables; toutefois le paiement à un autre lieu peut être stipulé, mais il sera l'exception.

§ 2. — LA DÉCLARATION DES SINISTRES

Avant le décret de 1868, et sous son empire (art. 34) les statuts réglaient souverainement le mode et les conditions de cette déclaration. Des abus en résultaient : des délais extrêmement courts étaient fixés à peine de déchéance et l'assuré ignorant ou peu diligent en était victime; ou bien la difficulté des communications et l'absence d'agent à proximité de l'assuré ainsi que des circonstances constituant des cas de force majeure, empêchaient l'assuré de remplir cette obligation. Aussi le décret de 1922 (art. 29), a-t-il décidé que la déchéance ne pouvait être opposée à l'assuré mis dans l'impossibilité de faire à temps la déclaration prescrite, par suite de force majeure. Cette disposition est reproduite par l'article 15-4° de la loi du 13 juillet 1930, qui fixe le délai minimum de déclaration à 5 jours ⁽¹⁹⁾, mais les parties peuvent le prolonger, certains statuts même n'en indiquent pas, se contentant de décider qu'il doit être « le plus bref » ⁽²⁰⁾.

C'est à l'assuré de faire lui-même cette déclaration,

(19) En matière d'assurance contre la grêle, ce délai est de 4 jours seulement et il est réduit à 24 heures pour l'assurance contre la mortalité du bétail (art. 46); il est, en effet, nécessaire que les mesures de vérification et de récupération prises éventuellement par l'assureur, le soient dans un délai très court en raison de la nature des risques couverts. La loi suisse du 2 avril 1908 ne fixe, dans son art. 38, aucun délai.

(20) Statuts de la Mutuelle de Seine et Seine-et-Oise, art. 11; en cas d'accidents causés aux tiers par les chevaux, voitures et automobiles, l'art. 69 des statuts de la Mutuelle Générale Française Accidents, fait courir le délai de 5 jours du jour où une réclamation aura été faite à l'assuré.

mais il faut reconnaître à toute autre personne le droit de se substituer à lui dans ce but. L'assuré peut être absent ou ignorer le sinistre — en dehors d'un cas de force majeure, prévu par la loi — et il serait injuste de lui ôter toute indemnité de ce fait; souvent les statuts prévoient le cas ⁽²¹⁾, mais même quand ils sont muets, il faut admettre cette solution ⁽²²⁾.

La déclaration du sinistre doit être faite à la société; si elle doit être verbale — ce sera exceptionnel — elle sera faite valablement à tout agent de la mutuelle; si elle doit être faite par écrit, et les statuts stipulent souvent par lettre recommandée, elle sera adressée au siège social; la date de l'envoi servira à prouver que le délai a été respecté.

Enfin, il ne doit être fait de déclaration que si le sinistre est « de nature à entraîner la garantie de l'assureur » (art. 15-4°, 1. 1930). Il est évident que les dégâts causés par la rupture d'une conduite d'eau n'intéressent pas l'assureur d'un immeuble contre l'incendie. Néanmoins, surtout en matière d'assurances de responsabilité, l'assuré ne saurait être trop prudent et il fera bien d'avertir l'assureur, au moins dans le cas où un doute est permis, sur sa responsabilité. Les statuts stipulent d'ordinaire le contenu de la déclaration, exigeant les circonstances précises, détaillées et motivées du sinistre.

§ 3. — LA DÉCLARATION DE RÉASSURANCE

L'article 19 du décret de 1922 décide que les statuts peuvent obliger — comme l'admettait déjà le décret de 1868 — l'assuré d'une mutuelle à déclarer la réas-

(21) Statuts de la Mutuelle Générale Française Accidents, art. 69.

(22) Civ. 18 mars 1890, S. 1893.1.139.

surance ou l'assurance qu'il a contractée auprès d'une autre société. Aucun délai n'est fixé, le texte porte « immédiatement ».

Que faut-il entendre ici par « réassurance » et « assurance » (23).

La réassurance est l'opération par laquelle un assureur, le réassuré, obtient qu'un réassureur garantisse tout ou partie des risques qu'il a couverts, moyennant le paiement d'une prime (24). Aussi, l'assuré d'une mutuelle ne peut-il contracter une réassurance, qui exige deux assureurs en présence; et c'est par un véritable abus de langage qu'on a qualifié de réassurance le contrat par lequel un mutuelliste fait couvrir par une société d'assurances le risque de rappels de cotisations de la part de la mutuelle (25). On s'est faussement appuyé, en effet, sur le fait que l'assuré est aussi assureur, dans les mutuelles, mais toutes les conditions de la réassurance font défaut et on oublie, qu'à l'inverse, l'assureur est ici un assuré. Il n'y a dans ce contrat qu'une assurance particulière d'un risque autre que celui assuré à la mutuelle (26), fréquente lorsque la solidarité entre les adhérents des mutuelles risquait de rendre onéreux leurs engagements, cette assurance peut encore subsister néanmoins aujourd'hui, en portant sur la part de cotisation non appelée au début mais susceptible de l'être.

Le terme « assurance » vise ici à la fois les assurances cumulatives et la coassurance. On appelle assurances cumulatives, deux ou plusieurs assurances

(23) Astresse n° 334; Ancey et Sicot, p. 81.

(24) Hémard n° 600; Maurice Picard, De la réassurance, thèse Paris 1912; Villotte, Nature de la réassurance, thèse Paris 1927.

(25) Civ. 9 décembre 1860, S. 1861.1.456 et 11 novembre 1862, S. 1863.1.32.

(26) Hémard, n° 601 quater.

contractées sur le même risque, sans assignation d'une part déterminée du risque à chaque assurance. Prohibées en matière maritime par le Code de Commerce (art. 334 et 359), elles l'étaient par la jurisprudence en matière d'assurances terrestres, sauf sur la vie, mais la Cour de Cassation ne s'était pas prononcée à leur sujet (27). La loi du 13 juillet 1930 (art. 30), au contraire, les valide lorsqu'elles sont faites sans fraude, mais elles ne produiront chacune leurs effets qu'en proportion de la somme assurée et sans que l'indemnité puisse dépasser la valeur de la chose assurée. Dans la coassurance, chaque assureur prend en charge une part du risque et c'est une hypothèse fréquente pour les risques importants, qu'un assureur ne peut ou ne veut assumer seul.

Les mutuelles pourront donc obliger leurs assurés à déclarer les assurances, touchant le même risque, qu'ils contractent auprès d'autres sociétés; il y a, en effet, intérêt à ce que les co-assureurs d'une même chose connaissent de façon précise la répartition du risque entre eux; de même au cas d'assurances cumulatives, car si toutes les assurances sont valables à l'arrivée du sinistre, chaque assureur paiera une indemnité très faible alors que si une seule demeure valable, un seul assureur devra toute l'indemnité. Aussi le droit est-il reconnu à l'assureur, averti de cette nouvelle assurance, de résilier son contrat (art. 19, d. 1922).

Mais il convient d'ajouter que les statuts de ces sociétés obligent de moins en moins à cette déclaration qui, en raison de la multiplicité des coassureurs pour certains risques, peut être fort compliquée.

(27) Civ. Le Mans 23 juillet 1912, R. A. 1912, 595; Civ. Tours, 6 fév. 1914, R. A. 1914, 376 - contra Paris 28 avril 1925, R. A. 1925, 217.

SECTION 2

LES DROITS DE L'ASSURÉ

Ayant déterminé les obligations auxquelles l'assuré était tenu en vertu de son contrat, il nous faut voir quels sont les droits qu'il peut en tirer, à l'encontre de la mutuelle. Le droit essentiel — le but de l'assurance — est le droit à une indemnité au cas de sinistre (§ 1); mais ce n'est pas le seul cas où il recevra une somme d'argent en vertu de son contrat, car les mutuelles, en raison de leurs caractères, peuvent aussi répartir entre leurs adhérents, leurs excédents de recettes (§ 2). Enfin, nous envisagerons les cas généraux et particuliers de résiliation de son contrat par l'adhérent (§ 3).

§ 1. — LE DROIT A UNE INDEMNITÉ

Corrélativement à son obligation de payer une prime, existe pour l'assuré le droit de réclamer l'indemnité promise à l'assureur; ce droit a été consacré par l'art. 14 de la loi du 13 juillet 1930 : « Lors de la réalisation du risque ou à l'échéance du contrat, l'assureur est tenu de payer dans le délai convenu l'indemnité ou la somme déterminée d'après le contrat. L'assureur ne peut être tenu au-delà de la somme assurée. »

Ne voulant étudier ce droit à indemnité qu'autant qu'il présente des caractères propres aux mutuelles, nous devons cependant, pour en brosser un tableau complet, donner quelques explications qui concernent le domaine des assurances en général. Nous examinerons d'abord l'établissement de l'arrivée du risque (A) et l'évaluation de l'indemnité (B), puis nous entrerons dans le domaine propre aux mutuelles avec

le calcul de l'indemnité (C) et le principe de l'annuité des exercices (D). Enfin, nous nous occuperons de la question du paiement de l'indemnité (E).

A. — *Etablissement de l'arrivée du risque*

L'indemnité (ou bénéfice, dans l'assurance sur la vie) sera payable à condition que le risque soit réalisé ou le contrat parvenu à échéance.

Le risque sera réalisé en cas d'incendie de l'objet assuré (assurance contre l'incendie), de mort de l'assuré (assurance sur la vie) etc...; dans ce cas le sinistre, ouvrant le droit à l'indemnité, doit être déclaré dans les formes et les délais que nous avons indiqués (supra p. 74).

A l'échéance du contrat, ainsi au cas de somme payable à l'assuré s'il est vivant au bout d'un certain délai, l'indemnité devient payable au bénéficiaire.

B. — *Evaluation de l'indemnité*

Le montant de la garantie de l'assureur doit être fixé au contrat (art. 9, l. 1930). En effet, l'indemnité ne peut-être prévue d'avance dans tous les cas : l'immeuble incendié pourra ne l'être qu'en partie ; la rente, au cas d'accident du travail, varie avec le taux d'incapacité de la victime. Lorsqu'il s'agit par contre, d'une somme payable à l'échéance du contrat, la question d'évaluation ne se pose pas ; le chiffre stipulé ne peut être contesté.

L'article 30 du d. 1922, fixe les règles de l'estimation des sinistres. Exorbitantes du droit commun, ces règles ne peuvent jouer qu'entre la société et ses adhérents, c'est-à-dire pour toutes les assurances de dommages, où des tiers n'ont pas à intervenir. L'estimation sera faite soit par un agent de la mutuelle, soit par un expert qu'elle désignera. L'assuré assistera ou

sera représenté par un expert qu'il aura choisi. S'il accepte le résultat de l'estimation, celle-ci servira de base à l'indemnité; sinon, un autre expert sera choisi par les deux parties ou désigné, si elles ne se peuvent mettre d'accord, par le président du Tribunal Civil (ou le Juge de paix, si les statuts en décident ainsi); la compétence est fixée par le lieu où le sinistre s'est produit. Le législateur a voulu, par ces règles simples, éviter les dangers de procès interminables, tout en donnant à l'assuré la garantie d'une juste indemnisation.

Quant aux assurances de responsabilité, il ne peut être question de leur appliquer ces règles, car le préjudice subi par un tiers ne peut être évalué suivant un mode propre aux adhérents de la mutuelle, mais doit l'être suivant les règles du droit commun.

Ainsi, l'indemnité devra être fixée d'après le dommage réellement subi et la somme fixée au contrat ne servira que d'indication ⁽²⁸⁾ en même temps que de limite de la responsabilité de l'assureur (en cas de sous-estimation, lors de la conclusion du contrat, de la chose par l'assuré, s'applique la règle proportionnelle, art. 31, l. 1930).

C. — *Calcul de l'indemnité*

De la définition que nous avons donnée de l'assurance mutuelle (supra p. 1) nous avons tiré entre autres conséquences celle-ci : la variabilité d'un de ces deux éléments, la prime ou cotisation et l'indemnité. Nous avons vu comment la cotisation pouvait varier (supra, p. 68), il nous reste à le montrer pour l'indemnité.

(28) La jurisprudence n'a pas toujours admis cette solution : v. Paris 10 mars 1836, Req. 12 juillet 1837, S. 1838.1.129; Douai, 16 mars 1850, S. 1850.2.323; Cf. Astresse n° 294.

Les ressources d'une mutuelle se composant uniquement des cotisations qui sont versées par les adhérents, la société ne peut être tenue qu'à répartir entre ceux qui ont subi un sinistre et qui ont payé leurs cotisations, le résultat définitif des opérations sociales, c'est-à-dire la masse des cotisations moins les frais de gestion (29). Tel est le principe qui doit être rappelé et qui nous servira de guide dans nos développements.

A l'origine en effet, les mutuelles étaient la réunion d'individus désirant se prémunir contre certains risques; lorsqu'ils se réalisaient, chacun était recherché pour sa part qui variait chaque année avec le nombre et l'importance des sinistres. Rapidement abandonné, ce système fit place à celui de la limitation de la cotisation et de la réduction des indemnités d'après les ressources de la société. Une organisation scientifique des mutuelles, jointe à la constitution de réserves, leur permit de promettre et de fournir à leurs assurés la réparation exacte du dommage qu'ils subissaient. Aujourd'hui, la réduction des indemnités est chose rare et on ne peut plus faire valoir cette objection, à l'encontre des mutuelles; d'ailleurs, le même fait se produit lorsqu'une société anonyme a des ressources insuffisantes et qu'elle doit cesser ses paiements. Des exemples récents et nombreux nous prouvent bien que la réduction de ses droits — souvent à une portion infime — n'est malheureusement pas une charge exclusive des adhérents de mutuelles.

Pour que le principe soit respecté, il faut avant tout qu'un bilan soit établi en conformité avec les règles du décret de 1922 (art. 14 et 15). Ainsi apparaîtront d'une part les ressources, d'autre part les indemnités à payer. Il faut en définitive réaliser une équation :

(29) Paris 5 mars 1890, G. P. 1890.2428 ; Besançon 30 décembre 1891, B. S. 2, 278.

Cotisations = Indemnités.

Si un terme varie, l'autre doit varier, le premier devant toujours être supérieur ou au moins égal au second. Les cotisations — nous négligeons tous les autres postes du bilan — dépassent-elles les indemnités, l'excédent sera soit réparti entre les associés (infra p. 95) soit incorporé aux réserves. Si les indemnités dépassent les cotisations, on fera appel au maximum de cotisation puis au fonds de réserve, enfin on procédera à la réduction des indemnités. Ainsi chaque année, un compte exact sera établi et servira de base au calcul des indemnités — nous ne nous occupons pas, pour l'instant, du paiement des indemnités qui est tout à fait extérieur au calcul de celles-ci et ne peut lui porter préjudice. En fait, ce calcul n'est pas toujours possible; de nombreuses indemnités ne peuvent être établies dans leur quantum avant la fin d'un exercice, ni par suite être calculées par rapport aux ressources disponibles. Il s'agit, en effet, d'accidents du travail ou autres qui nécessitent de longues opérations pour que le préjudice subi soit évalué et qui occasionnent de nombreux procès. Aussi faut-il, pour établir un règlement provisoire des exercices, faire une évaluation des indemnités qui seront à payer dans l'avenir. Et le décret de 1922, dans ses articles 14 et 15, exige la création d'une réserve pour sinistres restant à régler qui figurera au passif avec, à l'actif du bilan, une provision affectée à leur paiement. Bien entendu, cette provision doit être constituée par des valeurs immédiatement réalisables, au fur et à mesure des indemnités à régler. Elle sera reportée d'exercice en exercice jusqu'à extinction et suivant que l'évaluation aura été trop large ou trop faible, l'exercice où elle sera éteinte en recueillera l'excédent ou en subira la perte.

Donc, une simple opération de calcul, préparatoire au paiement, se pose et si les ressources excèdent les indemnités, celles-ci sont payées intégralement. Mais de nombreuses questions surgissent au cas où ces ressources sont trop faibles: il faudra réduire les indemnités.

La réduction des Indemnités

L'organisation, les caractères des mutuelles impliquent cette solution au cas d'insuffisance de ressources, aussi est-elle consacrée par l'art. 33 d. 1922, après l'art 37, d. 1868 ⁽³⁰⁾. Les statuts prévoiront cette réduction qui est de la compétence de l'assemblée générale ⁽³¹⁾, mais elle s'exercera même en l'absence de toute mention aux statuts ⁽³²⁾. Précisons-en les conditions :

a) *Insuffisance des cotisations.*

Il faut tout d'abord que la masse des cotisations recueillies pendant l'exercice et déduction faite — dans la proportion réglementaire — des frais de gestion, soit inférieure au montant des indemnités. Mais une question se pose si le maximum de garantie n'a pas été appelé ; doit-il l'être ? En d'autres termes, une réduction peut-elle être faite alors que les adhérents n'ont pas été recherchés pour leur cotisation maximum, mais seulement pour une partie et alors que s'ils l'étaient, les indemnités pourraient être payées intégralement ou du moins réduites dans une moins forte proportion. Une décision l'a admis ⁽³³⁾ ; si elle est isolée, elle n'en est pas moins appuyée sur un raisonnement qui paraît assez fort. C'est à l'Assemblée

(30) Civ. St-Etienne 12 février 1920, J. S. 1921, 361.

(31) Paris 18 février 1890. B. S. 2, 212.

(32) Paris 14 juin 1890, B. S. 2, 228.

(33) Civ. Seine 23 mars 1889, R. A. 1889, 73.

générale, dit-elle, de déterminer l'appel à faire sur le maximum de cotisation, elle n'est pas obligée de l'appeler entièrement, mais seulement dans la mesure que lui conseille la prudence, car mieux vaut réduire un peu les indemnités que faire fuir les sociétaires et ceux qui voudraient le devenir en leur réclamant une trop lourde cotisation. On ne peut admettre, cependant, cette solution ; sans exagérer sa valeur, le texte même de l'art. 33, d. 1922 parle bien du maximum de cotisation. Mais surtout, le résultat qui est d'éviter la ruine possible de la société est obtenu au détriment des associés sinistrés et à l'avantage de tous les autres, ce qui rompt l'égalité nécessaire entre associés. Et contrairement à tous les principes, l'Assemblée générale serait maîtresse des droits des associés sinistrés et on pourrait craindre que ses membres refusassent de se charger d'une obligation pécuniaire plus lourde. Enfin, on ne peut parler ici d'une charge nouvelle ou trop onéreuse, car le maximum de cotisation figure obligatoirement dans la police et si l'adhérent l'avait jugé trop élevé il pouvait ne pas contracter.

b) Insuffisance de la moitié du fonds de réserve.

Le décret de 1868 autorisait déjà un recours au fonds de réserve en cas d'insuffisance des cotisations (art. 37), mais il laissait libres les statuts de fixer quelle part en serait employée. Les rédacteurs du décret de 1922, tout en consacrant cette solution, ont fixé le maximum du prélèvement à 50 % du fonds de réserve prévu à l'art. 27, voulant donner à ce fonds une réelle utilité et éviter des abus (art. 33). Comme il est constitué avec des excédents de recettes, ce fonds permet, en ce cas, d'assurer la marche régulière de la mutuelle en une année déficitaire survenant après des exercices en excédent ; et la proportion fixée au décret

permet de laisser une partie importante de la réserve pour le cas où un autre exercice serait aussi en déficit. En général, d'ailleurs, la limite de 50 % n'est pas atteinte par les statuts, qui, sagement, subordonnent le prélèvement à 25 ou 30 % de la réserve.

Les mutuelles pouvant créer d'autres réserves (pour fluctuation de valeurs, etc...), celles-ci doivent-elles être soumises à la même règle ? Il n'existe, en ce qui les concerne, aucune obligation légale et l'Assemblée générale est libre d'en prélever ou non une part en cas d'insuffisance des cotisations ; en effet, leur utilité comme réserves peut être plus grande que celle qu'elles auraient eu étant distribuées une année. Il se peut que lors des exercices suivants les sinistres puissent être payés entièrement mais que ces réserves ne puissent être reconstituées et que l'éventualité à laquelle elles devaient parer, se produise (34).

Lorsque l'appel au maximum de cotisation puis à moitié du fonds de réserve n'arrive pas à suffire au paiement intégral des sinistres, chaque indemnité va être réduite au marc le franc, mais il faut que la mutuelle puisse justifier qu'elle est obligée d'agir ainsi.

C. — *Nécessité d'une justification*

Une seule preuve devrait être demandée à la société : celle du prélèvement de moitié de la réserve (ou de la portion fixée dans les statuts), puisque c'est là la dernière ressource pour échapper à la réduction. Mais il se peut soit que l'appel au maximum de cotisation n'ait pas eu lieu, soit que les comptes exacts ne justifient pas une telle éventualité. Aussi la jurisprudence exige-t-elle, par application de

(34) Contra : Ancy et Sicot, p. 129.

l'art. 1315 §. 2 C. civ., qu'au cas de réduction à laquelle s'oppose un assuré, une mutuelle doit communiquer tous les livres, comptes, pièces de nature à établir la nécessité de la mesure envisagée, faute de quoi l'assuré obtiendra de la faire condamner à réparer la totalité du dommage subi (35).

Il faut bien reconnaître qu'un tel tableau de la mutualité n'est pas fait pour encourager les adhérents éventuels ; mais, en fait, les mutuelles ont des réserves, calculent sur des bases scientifiques leurs cotisations et règlent par suite intégralement les sinistres. Mais il n'en reste pas moins qu'en droit une mutuelle ne peut s'engager à cette réparation intégrale ou plus exactement qu'un associé ne pourra lui opposer cet engagement pour échapper à une réduction qu'il a acceptée d'avance en contractant, car elle est de l'essence de la mutualité. Si une mutuelle prend un pareil engagement, il ne faut ni annuler ses statuts ni la déclarer déchue de sa qualité de société civile (36), mais simplement interpréter conformément à l'art. 1157 C. Civ. une telle clause et par suite la valider pour les cas où la masse des cotisations et, s'il le faut, moitié du fonds de réserve, permettent de verser à chaque assuré la somme à laquelle le dommage qu'il a subi a été fixé (37). Et c'est à tort, pensons-nous, qu'on a pu refuser la réduction à une mutuelle en se basant sur l'engagement qu'elle avait pris dans une police et sur le fait qu'elle cachait son caractère de mutuelle dans des conditions générales illisibles (38) ; dès l'instant

(35) Req. 18 juin 1855, S. 1856.1.127; Lyon 5 février 1913, J. S. 1914, 313; Req. 7 juillet 1920, J. S. 1921, 359.

(36) C'est pourtant ce qu'a décidé la Cour de Grenoble le 31 mai 1904, S. 1906.2.12.

(37) Paris 5 mars 1890, G. P. 1890.2.428.

(38) Bordeaux 7 juillet 1910, J. A. 1912, 124; R. A. 1911, 338.

qu'il y a une mutuelle, la réduction est possible, sauf à la condamner à des dommages et intérêts au moins égaux à la perte subie du fait de la réduction, pour dol commis au préjudice de l'adhérent.

Enfin, la réduction devra s'opérer même si elle est décidée par l'assemblée générale après le règlement total ou partiel d'un sinistre ⁽³⁹⁾, et c'est la question du paiement que nous envisagerons après avoir étudié la question des droits des assurés incomplètement indemnisés, sur les exercices postérieurs.

D. — *Le Principe de l'annalité des exercices.*

La façon même dont sont calculées et les cotisations et les indemnités, celles-ci dépendant de celles-là, implique une liquidation périodique et un établissement de comptes à intervalles réguliers. Dans les sociétés anonymes existe aussi cette nécessité d'arrêter la situation à des époques fixes. Dans les mutuelles, chaque année on confrontera la masse des cotisations et celle des indemnités dues, on réglera celles-ci avec les cotisations — soit intégralement, soit réduites au marc le franc — on répartira l'excédent s'il y en a, après affectation d'une part à la réserve, de sorte qu'aucun solde actif ou passif ne restera. C'est ce qu'on appelle le principe de l'annalité des exercices.

Si l'annalité est un usage dans les sociétés anonymes, elle est devenue une obligation pour les mutuelles. Après le décret de 1868, le décret du 7 mars 1922, dans ses articles 21, 23, 27, 31 et 33 fixe la durée des exercices à une année et l'annalité est consacrée

(39) Civ. Laon 4 mai 1909, J. S. 1910, 525.

par une jurisprudence constante (40). Exposons les conséquences que la doctrine et la jurisprudence ont cru devoir tirer de ce principe (a) avant d'en préciser la portée (b) et les limites (c) :

a) *Conséquences du principe de l'annuité des exercices*. — Elles découlent toutes de l'idée qu'une fois l'exercice terminé et le délai nécessaire à sa liquidation écoulé, il ne doit plus rien en subsister, à part — le cas échéant — les réserves : l'exercice est un cercle qui se referme sur lui-même. Aussi :

1° il est interdit aux mutuelles de faire empiéter un exercice sur un autre, par exemple de décider que les indemnités d'un exercice seront soldées avec les cotisations payées pendant 18 mois, celles de l'exercice suivant étant payées au moyen des cotisations des 6 autres mois (41). Mais une question se pose, au cas où un sinistre n'a pas été pris en considération dans le règlement annuel : l'assuré va-t-il être déchu de tout droit à indemnité ? Cette solution serait inadmissible car, d'une part elle priverait sans raison un assuré de l'indemnité que lui garantit son contrat, et, d'autre part, elle permettrait à la mutuelle de se prévaloir de sa propre faute (42).

2° Chaque année étant parfaitement distincte, ne saurait être admise la compensation invoquée par un assuré entre une dette qu'il a envers la société en vertu d'un exercice et une créance qu'il a contre elle, en vertu d'un autre exercice (43). Nous verrons d'ailleurs plus loin (infra p. 131) que toute compen-

(40) Civ. Seine 13 février 1883, J. A. 1883, 87; Lyon 5 décembre 1902, Mon. jud. Lyon 31 mars 1903; Civ. Laon 4 mai 1909, J. S. 1910, 525.

(41) Civ. Seine 13 février 1883, préc.; Cass. 17 juillet 1897, R. A. M. 1899, 216; civ. Lyon 4 novembre 1899, R. A. M. 1900, 190; B. S. 3, 516; Lyon 5 décembre 1902, préc.

(42) Civ. Moutiers 25 janvier 1900, R. A. M. 1900, 192.

(43) Civ. Laon 4 mai 1909, préc.

sation est impossible dans les mutuelles, ainsi que la saisie-arrêt faite par un assuré non indemnisé sur la cotisation due à la société par un autre associé (44).

3° Lorsqu'un emprunt avait été contracté, seuls les adhérents qui en avaient profité devaient en supporter les charges : ainsi lorsqu'un emprunt avait servi (antérieurement au décret de 1922) à payer les sinistres d'une année, il devait être remboursé sur les produits de cette année et non sur ceux des exercices suivants (45).

Mais une conséquence bien plus grave était tirée du principe de l'annalité par une partie de la jurisprudence et de la doctrine : à savoir qu'il n'y avait pas, dans les mutuelles, une société, mais autant de sociétés distinctes qu'il y avait d'années (46), si bien qu'une mutuelle a pu soutenir — sans être d'ailleurs approuvée — que le consentement de ses adhérents pour l'exercice en cours n'avait pu être atteint par ses manœuvres dolosives consistant à exagérer les résultats des exercices antérieurs, une séparation totale existant entre les exercices (47). La Cour de Cassation n'a jamais voulu admettre une telle interprétation et refuse de voir dans chaque mutuelle une suite de sociétés annuelles (48). Ce serait, en effet, méconnaître totalement la nature de la société d'assurances mutuelles qui, comme toute société a, ainsi que l'écrit M. Wahl (49) « une unité absolue

(44) Poitiers 17 avril 1907, R. A. 1907, 242; paix Paris 15 janv. 1909, G. T. 20 avril 1909.

(45) Paris 7 juin 1883, B. S. 2, 30.

(46) Civ. Seine 13 février 1883, préc.; Toulouse, 14 janvier 1897 J. S. 1897, 349; Lyon, 5 décembre 1902, préc. - Laprade, p. 36.

(47) Req. 18 décembre 1912, A. M. 1914, 59.

(48) Civ. 18 novembre 1885, D. 1886.1.131; Civ. 17 juillet 1899, S. 1900.1.77 cassant civ. Seine 10 avril 1883 et Toulouse 14 janv. 1897 préc.

(49) Note au S. 1908.1.290, col. 1 *in fine*.

pour toute sa durée, bien que, en général, elle affecte aux sinistres de chaque exercice les cotisations fournies pour cet exercice ; les particularités de sa comptabilité n'ont pas pour effet de la diviser en une série de sociétés formées chacune pour un an ». Aussi, pour éviter que des conséquences inexactes en soient tirées, est-il nécessaire de fixer la portée du principe de l'annalité.

b) *La portée du principe de l'annalité des exercices.* — Il n'y a pas, dans le principe de l'annalité des exercices, une simple raison de comptabilité qui ferait liquider chaque année les ressources et les charges de l'exercice. Les règles de la mutualité imposent cette solution car, la mutuelle n'ayant pour ressources que les cotisations, ne doit payer les indemnités qu'en fonction de celles-ci. L'année sera la période de base pour le calcul des ressources et des charges et après un certain délai, l'exercice liquidé et clos ne subsistera plus que dans les archives de la société. Ainsi, et c'est là le but de la règle de l'annalité, qui renforce le principe de l'indemnisation dans les mutuelles : un déficit ne doit jamais être possible ni par suite reporté sur un autre exercice. Telle est sa portée exacte et nous allons voir, en marquant sa limite, les stipulations permises, quoique aboutissant, en apparence, à solder les résultats d'un exercice avec le produit d'un autre.

c) *Les limites du principe de l'annalité des exercices.* — Il est bien évident qu'une clause des statuts ne saurait déroger au principe en reportant un excédent de sinistres, donc un déficit, sur l'exercice suivant. La composition de la Société peut varier d'une année à l'autre, chaque exercice doit se suffire à lui-même (ou il y aura réduction) et l'on ne saurait faire supporter à de nouveaux adhérents les charges d'un exercice précédent auquel ils étaient

étrangers et dont ils n'ont tiré aucun profit. Ici, la règle de l'annalité serait tenue en échec.

Les statuts portent parfois une clause aux termes de laquelle il est précisé que même au cas de réduction de leurs indemnités, les assurés ne pourront prétendre à un recours quelconque sur les exercices suivants (50). Par contre, peuvent-ils stipuler que ces assurés, incomplètement indemnisés, pourront exercer un recours contre les exercices ultérieurs ? La question est controversée, certains auteurs refusent ce recours car ils y voient un report de déficit et admettent une constitution de réserve pour les exercices ultérieurs et non son affectation aux sinistres antérieurs (51) ; la plupart des auteurs, cependant, admettent ce recours (52). Il faut d'abord reconnaître que le législateur n'imposant sur ce point aucune règle, les parties sont libres de décider qu'un droit sera reconnu aux assurés incomplètement indemnisés sur les exercices futurs : au moment où elles ont contracté elles savaient à quoi elles s'engageaient et leur convention doit être appliquée strictement. Mais comment analyser cette convention, car si elle est un report de déficit, elle doit être procite, comme contraire au principe de l'annalité. Il n'en est rien, il y a là une répartition d'exédent entre les sinistrés d'un exercice antérieur, opération parfaitement licite. Aussi bien, il serait fort injuste de faire supporter aux sinistrés d'une année, une réduction qui peut être due à une série exceptionnelle de sinistres (incendie d'une ville, etc...) alors que pareille chose ne se reproduira sans doute pas dans

(50) Civ. 17 juillet 1899, S. 1900.1.77.

(51) Ancey et Sicot, p. 149.

(52) Clément, p. 140 ; Astresse n° 296 ; Houpin et Bosvieux n° 1.924 ; Maurice Picard, Cours 1934-35 - Nancy 30 juin 1894, D. 1895.2.532.

les exercices postérieurs (53). On pourra donc donner, à ces assurés qui ont vu réduire leurs indemnités, un droit sur les autres exercices, il faut les mettre dans la même situation que les sinistrés postérieurs, car il faut songer au lien de société qui impose un traitement identique pour tous les associés, il faut limiter le principe de l'annalité par celui de l'égalité des associés. La permanence de la vie sociale impose cette solution, et si on la rejetait, on ferait vraiment des mutuelles une succession de sociétés annuelles distinctes, ce qui est inadmissible. Quant aux associés qui, au lieu de recevoir une ristourne, voient l'excédent être distribué à d'anciens sinistrés, ils ne peuvent se plaindre d'un traitement qu'ils ont accepté en adhérant. Toutefois, certaines conditions doivent limiter ce droit de recours sur les exercices postérieurs.

1° Ce droit ne saurait s'exercer que sur l'excédent d'un exercice, c'est-à-dire la portion qui reste une fois que toutes les indemnités ont été intégralement payées aux sinistrés de cet exercice. Il ne peut y avoir ni réduction des droits de ces derniers, ni prélèvement sur la réserve pour créer un excédent.

2° Par suite, les sinistrés antérieurs ne peuvent se voir accorder un droit de priorité ni même de concours sur les ressources de l'exercice postérieur, leur droit ne naît qu'au moment où cet exercice est bénéficiaire.

3° De même il ne peut être question, pour créer un solde bénéficiaire de faire appel au maximum de cotisation annuelle alors que la part primitivement appelée suffit au paiement des cotisations.

(53) Si ces prévisions se sont révélées fausses et que les exercices postérieurs soient déficitaires aussi, pour quelque cause que ce soit, le droit des sinistrés antérieurs tombera à néant; il ne peut donc avoir, même théoriquement, un effet nuisible.

4° Faut-il, au cas où la réduction a eu lieu après prélèvement d'une part de la réserve, n'autoriser le recours des sinistrés que lorsque la réserve aura été reconstituée ? Les statuts peuvent en décider ainsi, mais nous n'en voyons pas la nécessité, car le décret fixe le prélèvement sur la réserve à seulement 50 % et surtout une telle obligation rendrait souvent illusoire le recours accordé. Nous estimons d'ailleurs que ce prélèvement sur le fonds de réserve n'est pas obligatoire, lorsque l'assemblée générale a décidé de ne pas le faire (54) ainsi il serait inutile parce que cette réserve, divisée en deux, est trop faible, alors qu'entière, elle pourra peut-être servir plus tard — le décret fixant seulement un maximum à ce prélèvement sans y obliger les sociétés qui peuvent l'établir à une quote-part infime.

5° Enfin, les statuts auront intérêt, pensons-nous, à réglementer le temps pendant lequel ce droit pourra être exercé sur des excédents ultérieurs. Si à un premier déficit un excédent succède, puis un déficit, puis un excédent, les sinistrés du premier déficit vont-ils avoir des droits sur le deuxième excédent, quand le premier ne leur aura pas permis de toucher le montant total de la réduction ? Il faudra donc limiter à une période assez courte l'exercice de ce droit, au cas d'excédents et de déficits alternés, pour éviter des complications insolubles.

En général, les statuts ne prohibent ni n'autorisent un tel recours : comment interpréter ce silence ? Certains auteurs (55) estiment que ce recours est un effet normal du contrat souscrit auprès d'une mutuelle et

(54) Si les statuts exigeaient ce prélèvement et le fixaient à un certain taux, une assemblée générale extraordinaire réunissant les trois quarts de ceux qui y peuvent assister, devra voter cette résolution à la majorité des deux tiers.

(55) Clément, p. 140.

veulent, pour l'écarter, une clause expresse. Nous hésitons à aller aussi loin, car l'art. 33 d. 1922 qui règle la réduction n'envisage même pas ce recours qui est, en définitive, exceptionnel et qui surtout doit être minutieusement réglementé par les statuts ; aussi s'il n'est pas prévu, doit-il être refusé (56).

E. — *Le paiement des indemnités.*

En principe, par suite des règles qui gouvernent l'indemnisation des assurés sinistrés, dans les mutuelles, ce paiement ne peut avoir lieu qu'à la fin de l'exercice, lorsque les ressources et les charges confrontées ont permis de fixer le taux sur lequel les indemnités seront réglées. Ceci était consacré par le décret de 1868 (art. 36), qui décidait que le délai du paiement ne pouvait excéder 3 mois après l'expiration de l'exercice. Un progrès était déjà réalisé car les sociétés ne pouvaient plus reculer indéfiniment ce paiement. Néanmoins, un assuré sinistré au début de l'année, pouvait attendre 15 mois avant d'être indemnisé, c'était un inconvénient pratique fort grave et qui écartait certains adhérents des mutuelles. Aussi celles-ci prirent-elles l'usage de verser, dès estimation du sinistre, soit une part, soit totalité de l'indemnité due, à l'assuré. Une telle pratique était-elle illégale, la question est devenue sans intérêt depuis que le décret de 1922 (art. 31) l'a autorisée (57). En effet, les assurés ne doivent pas risquer d'attendre si longtemps leurs indemnités, d'autant plus que l'organisation actuelle des mutuelles, avec la prévision des sinistres et des réserves souvent très importantes, leur permet de

(56) Cf. Houpin et Bosvieux, n° 1924.

(57) La loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, avait déjà admis cette pratique, puisqu'en cette matière, les mutuelles pouvaient être obligées de verser des indemnités dès l'accident.

fixer sans erreur probable, au début de l'exercice, le montant des indemnités qu'elles auront à payer. Désormais, les statuts fixeront, outre le délai dans lequel sera effectué le règlement des sinistres, la part de l'indemnité qui sera payée immédiatement. Sans doute, les statuts peuvent ne prévoir aucun versement immédiat, ce qui serait prudent au début du fonctionnement d'une mutuelle. En tout cas, dans les trois mois de la fin de l'exercice, les indemnités devront être payées définitivement, soit pour la totalité, soit pour le solde encore dû (art. 31, al. 2).

Mais le paiement — à quelque époque qu'il soit fait — est toujours effectué sous réserve de l'apurement des comptes et de restitution du trop perçu, au cas de réduction.

§ 2. — LE DROIT A UNE PART DES EXCÉDENTS

Longtemps, cette répartition des excédents entre les assurés a été le privilège des mutuelles, mais depuis, les sociétés à primes fixes exploitant certaines branches d'assurances (vie) se livrent à une pratique analogue, sous le nom de participation aux bénéfices.

Une mutuelle ne faisant pas de bénéfices, la ris-tourne faite aux adhérents est le moyen le plus logique de résorber les excédents qui peuvent exister une fois que les frais de gestion et les indemnités pour sinistres ont été payées. C'était, du moins, l'affectation des excédents à l'origine ; mais nous avons vu que l'une des causes de l'échec de Barrau, était cette distribution immédiate des excédents annuels. La nécessité s'imposa, depuis consacrée par les décrets organiques, d'en conserver une partie pour constituer des réserves pour les années déficitaires. Et, dans certaines mutuelles même, il n'est pas question de ris-

tourne, les excédents étant employés à créer divers fonds de réserve.

L'expérience de ces dernières années et une prévision légitime de l'avenir, nous conduiraient à louer la sagesse de ces sociétés, mais les considérations pratiques de la nécessité de recruter et de conserver les adhérents limitent forcément ce système restrictif des droits des mutuellistes.

Le décret de 1868 était muet ; celui de 1922 décide, dans son article 28, qu'au cas de répartition d'excédents de recettes, elles se feront « entre tous les sociétaires ayant versé des cotisations au cours de l'exercice, au prorata de celles-ci » (58). Mais les statuts sont libres d'en disposer autrement ; s'il est vrai que cette répartition est un droit que les assurés tirent de leur contrat, il n'en est pas moins vrai que la société d'assurances mutuelles reste maîtresse de limiter ce droit pour assurer le bon fonctionnement des opérations sociales.

Aussi, nous admettrons que les statuts peuvent décider qu'il n'y aura répartition qu'après constitution de certaines réserves, même si, en fait, une répartition n'a jamais eu lieu, de nouvelles réserves étant créées.

Le procédé le plus logique serait de faire la répartition d'après la proportion du bénéfice produit par chaque police. Mais, il est impossible d'évaluer cette part contributive de chacun aux bénéfices, ou p'us exactement à la constitution de l'excédent. Le plus souvent, la répartition se fera en proportion de la cotisation versée par les adhérents, assurés avant le 1^{er} janvier, si leur contrat est encore en vigueur au moment des comptes (59). Tout autre système peut

(58) Cf. V. A. G. art. 38.

(59) Statuts de la Mutuelle Générale Française Accidents, art. 50 ; Mutuelle de Seine et Seine-et-Oise, art. 30.

d'ailleurs être adopté, et en particulier celui qui consiste, lorsque la mutuelle est divisée en branches spéciales, à opérer les répartitions à l'intérieur de ces branches (infra p. 155) (60).

Le paiement de cette ristourne peut être fait de diverse façons : d'abord, il peut y avoir un versement de fonds entre les mains des assurés y ayant droit. Ou bien son montant est déduit, par la société, de la première cotisation à échoir ; en cas de cotisation fractionnée, il est logique de décider que la ristourne sera divisée de même. Enfin, elle peut être incorporée au capital garanti et l'augmenter, ainsi pour l'assurance sur la vie, si bien qu'en versant toujours la cotisation fixée primitivement au contrat, l'assuré, ou le bénéficiaire de la police, touchera, à l'échéance, une somme plus forte que celle convenue.

Mais cette répartition peut n'être pas faite chaque année : une mutuelle anglaise, l'Equitable, ne la pratiquait que tous les 7 ans (61) ; en général, cependant, elle est annuelle malgré les inconvénients de la variation qui a lieu d'un exercice à l'autre ; la concurrence et aussi l'injustice relative des intervalles trop grands, y ont conduit la plupart des mutuelles.

Remarquons d'ailleurs que, quels que soient le mode et le délai adoptés, la question importante est la fixation de l'excédent ; les règles posées par le législateur pour l'établissement des comptes des mutuelles et leur contrôle donnent à cet égard des garanties suffisantes aux assurés.

(60) Statuts de la Mutuelle Générale Française, art. 50.

(61) Clf. Req. 5 février 1934, S. 1935.1.217, exemple de répartition quinquennale.

§ 3. — LE DROIT DE RÉSILIATION
DE SON CONTRAT PAR L'ADHÉRENT.

L'un des droits les plus importants que l'adhérent d'une mutuelle tire de son contrat d'assurance, est celui de résilier sa police dans certains cas. C'est un droit qui se rattache au contrat d'assurance et non d'association, car c'est pour des motifs tenant à l'assurance qu'il est reconnu aux adhérents. D'abord, il existe un cas général ; tout adhérent d'une mutuelle peut résilier son contrat tous les 10 ans, de même qu'à son encontre le peut la mutuelle. Et ce qui montre bien que ce droit ressortit à l'assurance, c'est que, primitivement accordé tous les 5 ans (art. 25, décret du 22 janvier 1868) aux seuls mutuellistes, il a été étendu à tous les assurés, en même temps qu'il était porté à 10 ans (art. 55 décret du 8 mars 1922). Puis divers cas particuliers sont prévus par le décret de 1922, sans qu'on trouve de précédents dans celui de 1868. L'art. 32 permet à l'assuré qui voit résilier une de ses polices par la mutuelle après un sinistre, de résilier à son tour toutes les autres — nous envisageons ce cas à propos de la sanction du droit à une indemnité (infra p. 119) en même temps que celui prévu par l'art. 34 qui autorise l'adhérent d'une mutuelle en déficit permanent à résilier, sous certaines conditions. Enfin l'art. 37 admet que la mutuelle qui s'est entièrement réassurée a modifié le contrat primitif et autorise l'adhérent à résilier. Nous allons examiner cette hypothèse particulière, après avoir étudié le droit de résiliation décennale (62).

(62) Le décret de 1922, art. 18, a supprimé le droit de résiliation prévu par l'art. 26 d. 1868, au profit de l'adhérent, en cas de modification à la nature des risques garantis et au périmètre de la circonscription territoriale où opère la mutuelle.

A. — *Le droit de résiliation décennale.*

Rappelons tout d'abord que ce droit est prévu en faveur de l'adhérent comme en faveur de la mutuelle, si bien qu'on peut y voir un droit en même temps qu'une obligation pour l'adhérent, celle toute négative de laisser résilier son contrat par la mutuelle.

L'art. 25 du décret de 1868 prévoyait, uniquement dans les mutuelles, un droit de résiliation quinquennal. L'engagement, dans les mutuelles, présentait-il donc des dangers particuliers : d'ordinaire il était pris pour la durée de la société, puisque l'adhérent était un associé en même temps qu'un assuré. C'était risquer d'être tenu malgré un mauvais fonctionnement de la mutuelle et des conditions peut-être onéreuses, aussi fallait-il permettre à l'adhérent de se retirer au bout d'un certain temps, mais d'un autre côté, ne pas mettre la société à la merci des résiliations. En fait, tout engagement de très longue durée est nuisible, car on ne peut prévoir l'avenir de loin et c'est le motif qu'il faut donner à cette règle qui, depuis le décret de 1922 (art.55) n'est plus, à juste titre, spéciale aux mutuelles : tout assuré, d'une mutuelle ou d'une compagnie, peut se retirer tous les dix ans. Ce décret a apporté d'autres modifications que nous rencontrerons et a mis le point final à quelques-unes des interminables controverses qui s'étaient élevées à propos de la résiliation quinquennale. Mais nous verrons que son application n'est pas sans soulever quelques difficultés. La loi du 13 juillet 1930, sur le contrat d'assurance, a reproduit dans son art. 5, les règles établies par le décret de 1922.

Il est aujourd'hui unanimement admis que le délai de 10 années devra, pour les mutuelles, être un délai de 10 exercices sociaux ⁽⁶³⁾. Ainsi l'adhérent — ou la

(63) Cette règle a été consacrée par le décret de 1922 (art. 55). Cf. Civ. 10 février 1926, Rec. jur. soc. 1926, 131.

mutuelle — qui voudra résilier son contrat, devra en avertir son contractant 6 mois au moins avant la fin du dixième exercice.

Mais une question fort intéressante par ses conséquences est celle de savoir si la résiliation décennale est ou non d'ordre public. Pas plus que celui de 1868, le décret de 1922 ne le dit expressément et des auteurs pensaient que cette disposition exceptionnelle, contenue par les statuts, pouvait être contredite par une stipulation contraire des conditions spéciales ⁽⁶⁴⁾. Il faut se reporter au but de cette mesure et reconnaître que si on laisse les parties libres de l'écarter, elle n'a plus de raison d'être. La jurisprudence ne s'y est point trompée et décide que le droit de résiliation décennale est d'ordre public ⁽⁶⁵⁾. Depuis, l'art. 5 de la loi du 13 juillet 1930, la question est tranchée, cet article étant d'ordre public. Toutefois il convient de préciser, en examinant quelques clauses des polices, la portée de cette règle.

1° *Clauses abrégatives.* — Puisque le législateur veut empêcher l'adhérent de s'engager pour un temps trop long, il faut valider les clauses qui donneraient à un adhérent le droit de résilier son contrat par exemple tous les deux ans.

2° *Clauses extensives.* — Celles-ci étant contraires au but du législateur, doivent être prohibées, ainsi une mutuelle ne pourrait faire valablement accepter à un adhérent de n'exercer son droit de résiliation que tous les 15 ou 20 ans, ou de s'engager sans résiliation possible pour un délai excédant 10 ans ⁽⁶⁶⁾. Mais il faut valider au contraire les polices souscrites soit pour

(64) *Astresse* n° 315.

(65) *Civ. Seine* 17 janvier 1890, B. S. 2, 767; *Req.* 10 mars 1913, J. S. 1914, 301.

(66) *Paris*, 27 novembre 1896, B. S. 2, 505.

toute la durée de la société, soit pour plus de 10 ans, tant que le droit de résiliation décennale reste sous entendu et n'est pas supprimé (67).

3° *Clauses modifiant le calcul du délai de 10 ans.*

— La jurisprudence a toujours admis que les polices pouvaient modifier ce calcul. Un adhérent ne contracte pas forcément au début d'un exercice et suivant le cas, il ne fait partie de la société, pour le premier exercice, que pendant quelques mois. Aussi les polices prévoyaient-elles que le délai nécessaire pour l'exercice du droit de résiliation, ne serait compté qu'à partir du 1^{er} janvier suivant la formation du contrat (68). C'était, en fait, allonger ce délai de quelques mois et pour concilier cela avec les exigences de l'ordre public, un jugement en vint à déclarer qu'il n'était pas atteint par une modification du calcul des délais, le but du législateur étant seulement d'empêcher l'adhérent de se lier pour toute la durée de la société (69). Solution incompatible avec l'ordre public, cette opinion ne peut être admise et depuis, la Cour de Cassation a justement décidé qu'une telle clause donnait à l'adhérent un double droit de résiliation, car le délai pourrait être compté à son choix du jour de son adhésion ou du 1^{er} janvier suivant (70).

Quelques mots suffiront au sujet de la forme suivant laquelle doit être faite la résiliation : l'art. 55 du décret du 8 mars 1922 met à la disposition de l'adhérent toutes les formes possibles, à son choix, et sans que les statuts puissent restreindre ce choix (déclaration au siège social ou chez l'agent local de la mutuelle, acte extra-judiciaire ou lettre recomman-

(67) Civ. Seine 17 janvier 1890 préc.

(68) Civ. Seine, 31 janvier 1888, J. S. 1890, 81.

(69) Civ. Seine, 11 janvier 1913, G. P. 1913.1.229 ; Cf. dans R. T. D. 1913, 440, les observations de M. Demogue.

(70) Req. 10 juillet 1918, S. 1921.1.11.

dée). Les statuts peuvent d'ailleurs prévoir d'autres formes qui ne feront que s'ajouter à celles énumérées par le décret. Il fallait, en effet, assurer le libre exercice de sa faculté de résilier à l'adhérent et les innombrables décisions judiciaires rendues après le décret de 1868 montraient que, bien souvent, les mutuelles cherchaient à l'entraver. Ce décret ne mentionnait pas la lettre recommandée, alors peu en usage, et les mutuelles se refusaient à admettre qu'on pût ainsi résilier contre elles alors que parfois elles s'en servaient contre l'adhérent. La jurisprudence avait fini par l'autoriser, soit directement, soit en exigeant que la mutuelle prévint l'adhérent de l'inefficacité d'un tel moyen, et lui faisant grief de cette réticence si elles ne le faisaient point (71).

B. — *Le droit de résiliation
au cas de réassurance totale de la mutuelle.*

L'art. 37 du décret de 1922 autorise l'adhérent d'une mutuelle qui a réassuré plus de 90 % de ses cotisations, à résilier son contrat. Un danger, en effet, se présente quand la réassurance est ainsi presque totale, c'est qu'elle soit en fait une cession occulte de portefeuille ; aussi une telle réassurance ne peut être faite que si elle approuvée par une Assemblée générale réunissant les 3/4 des associés pouvant y assister et votant à la majorité irréductible des 2/3 (art.11). Malgré approbation de la notification qui lui est faite de cette décision (soit par remise du texte de la résolution de l'assemblée, soit par lettre recommandée, soit sur le premier récépissé de cotisations),

(71) Paris 29 décembre 1900, J. S. 1901, 262, D. 1901.2.297 ; Bordeaux 5 mars 1901, J. S. 1901, 374 ; Req. 19 janvier 1904, B. S. 1, 357 ; - en sens contraire Pau 4 juin 1897, S. 1899.2.283 ; Paris, 20 janvier 1899, B. S. 2, 603.

l'adhérent peut résilier son contrat, sans que la mutuelle puisse lui réclamer une indemnité.

Tels sont les droits que l'assuré d'une mutuelle tire de son contrat, nous allons voir comment ces droits de même que les obligations qui lui incombent sont sanctionnés.

SECTION III

SANCTION DES DROITS ET DES OBLIGATIONS DE LA SOCIÉTÉ ET DES ASSURÉS

Il est indispensable, tant pour le bon fonctionnement de la mutuelle que pour l'exécution équitable du contrat d'assurance, que le respect de leurs droits et obligations réciproques soit exigé de la part de la société d'assurances mutuelles et de la part de ses assurés. Si l'une des parties méconnaît ses devoirs, l'autre devra soit pouvoir l'obliger à les accomplir, soit se délier à son tour des liens contractuels. Les caractères particuliers et de la mutualité et de l'assurance, demandent qu'une partie puisse rapidement obtenir l'exécution du contrat ou sa résolution, lorsque l'autre partie refuse d'accomplir ses obligations. Ces moyens de droit, ouverts aux deux parties, nous allons les étudier, en examinant d'abord la sanction du non paiement de la cotisation par l'assuré (§ 1), celle de son obligation de déclarer à la société les sinistres (§ 2) et les réassurances (§ 3) ; puis la sanction du droit de l'assuré à une indemnité (§ 4) et à une part dans les excédents (§ 5).

§ 1. — SANCTION DU NON PAIEMENT DE LA COTISATION.

Si les cotisations ne lui sont pas payées régulièrement, une mutuelle ne peut fonctionner. Par suite, il

faut donner à la société des moyens énergiques, soit pour poursuivre le paiement des cotisations, soit pour résilier le contrat. Jusqu'à la loi du 13 juillet 1930, les statuts étaient libres de régler ces questions à leur guise ; déchéances, suspensions, résiliations variaient dans leurs conditions et parfois dans leurs effets suivant les sociétés. Il en résultait de nombreuses difficultés et de nombreux procès, et la loi sur le contrat d'assurance est venue heureusement donner des solutions précises. Nous ne ferons qu'exposer succinctement la suspension (A) et la résiliation du contrat (B), pour nous consacrer à l'action en paiement (C) qui soulève quelques difficultés.

A. — *La suspension du contrat.*

En cas de non paiement de la prime à l'échéance, l'assureur peut suspendre le contrat vingt jours après la mise en demeure de l'assuré par lettre recommandée adressée à la personne qui doit payer les primes et portant mention expresse qu'elle est envoyée à titre de mise en demeure (art. 16, l. 1930). Ce délai ne peut être réduit, il courra du jour même de l'envoi de la lettre recommandée. La loi ne s'explique pas sur les effets de la suspension, les sociétés devront donc régler ces effets dans leurs polices. En ce qui concerne les mutuelles, l'obligation de payer les cotisations reste entière (72). L'assuré est tenu, en effet, en plus du lien d'assurance par le lien social et, d'autre part, le laisser maître de payer ou non la cotisation est le rendre libre de se dégager par sa seule volonté, car l'assureur serait obligé de résilier. Mais, une fois la suspension acquise, l'assureur n'est plus

(72) Civ. Seine 6 mars 1888, J. A. 1888, 492; Req. 19 novembre 1900, S. 1902.1.449, note Wahl; civ. Seine 20 janvier 1926, R. A. 1926, 285.

tenu de payer les sinistres qui pourraient se produire, tous les statuts contiennent une clause de déchéance de l'assuré. Cependant le contrat demeure et si l'assuré paie la cotisation due, l'assurance reprend effet plein et entier le lendemain, à midi, du jour du paiement (art. 16, al. 5).

Le contrat est suspendu, l'assureur peut ou le résilier ou agir en justice.

B. — *La résiliation du contrat*

Dix jours après le délai fixé pour la suspension, l'assureur peut résilier le contrat, par une simple lettre recommandée (art. 16, al. 4). Dès lors, le contrat est rompu, les deux parties sont dégagées de leurs obligations.

C. — *L'action en paiement de la cotisation.*

L'assureur peut aussi, au lieu de résilier le contrat, poursuivre l'assuré en paiement, sans nouvelle mise en demeure (art. 16, al. 4). A-t-il toujours une action : l'art. 15 l'admet. quand il décide que l'assuré est obligé de payer la prime aux époques convenues ; mais, en matière d'assurance sur la vie, la loi de 1930, conforme à la pratique antérieure, dispose dans son article 75, que « l'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes ».

Voyons qui peut poursuivre en paiement (a), qui peut être poursuivi (b), quel tribunal est compétent (c), les exceptions opposables (d), et enfin la prescription de l'action en paiement (e).

a) *Le créancier de la cotisation.* — C'est en premier lieu la mutuelle qui agira par l'intermédiaire de ses organes ; comme nous y voyons une véritable société, douée de la personnalité morale, ceux-ci sont habiles

à la représenter en justice. Il faut aussi reconnaître au liquidateur, lorsque la mutuelle est en liquidation, le droit de rechercher les assurés pour les cotisations qu'ils restent devoir.

b) *Le débiteur de la cotisation.* — L'assuré est débiteur, envers la société, de la cotisation fixée à son contrat. En cas de changement, pour une cause quelconque, de la personne de l'assuré, il faut, bien entendu, que le nouvel assuré devienne adhérent de la mutuelle. On appliquera les solutions de l'art. 19 de la loi du 13 juillet 1930 : l'héritier ou l'acquéreur de l'objet assuré sera tenu de payer les cotisations (73) (comme des autres obligations du contrat) et l'assureur sera tenu envers lui, de plein droit, mais chacune des parties pourra résilier le contrat ; l'assureur aura pour résilier, 3 mois à dater du jour où le nouvel assuré aura demandé le transfert de la police à son nom. Conformément à cet article, les statuts des mutuelles disposent toujours qu'en cas de résiliation par l'assuré, celui-ci devra une indemnité égale à une cotisation annuelle. La résiliation de la part de l'assureur ne peut donner lieu à indemnité ; cette faculté est très importante dans les mutuelles où un *intuitus personæ* joue un rôle certain lors de la conclusion du contrat (supra p. 20) et à qui il faut permettre de n'accepter que des adhérents solvables. En ce qui concerne les primes échues avant l'aliénation, l'assuré originaire en reste seul tenu.

c) *Le tribunal compétent.* — Il faut distinguer suivant que la mutuelle poursuit en paiement de sa cotisation un de ses assurés commerçant ou non. S'il n'est pas commerçant, la juridiction civile est seule compétente ; et, suivant le chiffre du litige, le tribu-

(73) S'ils sont plusieurs, ils seront solidairement tenus.

nal civil ou le juge de paix sera saisi. D'ordinaire ce sera le juge de paix, car le total des primes échues, seules à considérer, ne dépasse pas en général le taux de sa compétence. On a essayé de soutenir que le juge de paix ne pouvait être compétent en matière d'assurance mutuelle, car la cotisation est variable, donc indéterminée (74), mais on oublie que l'objet de la demande ne peut être qu'une prime échue, donc déterminée. Si l'assuré est commerçant, ou s'il s'agit d'un acte commercial à son égard, la mutuelle peut renoncer, pour le litige en question, à la garantie de la juridiction civile pour se soumettre à la juridiction commerciale : elle peut assigner à son choix le défendeur devant l'une ou devant l'autre (75).

d) *Les exceptions opposables à la demande en paiement.* — L'assuré pourra opposer à la demande en paiement de la mutuelle, le paiement fait à un agent de cette mutuelle contre quittance, ou le fait qu'il a résilié sa police, ainsi en application de l'art. 19, l. 13 juillet 1930 (cotisation échue depuis l'aliénation).

Au contraire, il ne pourra opposer la compensation avec une créance qu'il pourrait avoir contre la mutuelle pour cause d'assurance (infra p. 131). En règle générale, l'assuré n'est délié de son obligation de payer ses cotisations que du jour où une résiliation est intervenue (76). Si bien qu'il ne pourra refuser le paiement ou demander un sursis, jusqu'au jugement, lorsqu'une action en nullité a été intentée contre la société (77); ni se prévaloir de ce que la suspension de son contrat par l'assureur, pour non paiement des cotisations, ayant dégagé celui-ci de son obligation de

(74) Civ. Dijon 12 février 1912, R. A. 1913, 147.

(75) Civ. 6 mai 1930, R. G. 1930, 889; J. S. 1931, 277.

(76) Civ. Seine 20 janvier 1926, R. A. 1926, 286.

(77) Paix Paris, 11^e arr., 18 avril 1883, G. P. 1883.2.24.

payer les sinistres, il n'est plus tenu par ses obligations (78) ; ni de ce que la société est dissoute, pour refuser de payer les cotisations nées au temps où la mutuelle existait encore, même si les charges (indemnités pour sinistres et frais de gestion) n'ont été établies qu'après la dissolution, l'époque où elles ont pris naissance étant seule à considérer (79).

Au cas de rappel de cotisation, la partie demandée au début de l'exercice s'étant avérée insuffisante, il faut reconnaître à l'assuré le droit, pour échapper à ce paiement, d'exciper des irrégularités commises dans le fonctionnement de la société et le tribunal saisi devra rectifier les comptes (80). De même, l'assuré ne pourra plus être soumis à un rappel de cotisation lorsqu'une liquidation régulière aura été faite pour les exercices au sujet desquels est fait ce rappel. (81).

Il faut aussi se demander si, au cas de cession de portefeuille, l'assuré peut exciper de ce changement du créancier de la cotisation pour en refuser le paiement ? Lorsque la société cédante ne cesse pas d'exister, mais seulement de faire de nouveaux contrats comme elle subsiste, pour liquider ses polices en cours, avec ses garanties, l'assuré doit payer. Mais si la société cesse d'exister, l'assuré aura le droit de refuser de payer sa cotisation car il ne peut être obligé envers un autre que son cocontractant, à moins qu'il n'ait accepté, expressément ou tacitement, le changement de son débiteur (82).

(78) Civ. Seine 6 mars 1888, J. A. 1888, 492; Req. 19 novembre 1900, S. 1902.1.449, note Wahl.

(79) Civ. Seine 6 mai 1890, G. P. 1890.2.524.

(80) Civ. Seine 25 mars 1889, B. S. 3, 163.

(81) Civ. Seine 30 octobre 1908 et 22 juin 1909, La Loi 11 août 1909.

(82) Douai 19 nov. 1879, Grenoble 17 nov. 1880, S. 1882.2.1. note Labbé.

Enfin l'assuré pouvait exciper de la faillite (83) de son assureur (84); la loi du 13 juillet 1930 a décidé que le contrat d'assurance dans ce cas, était résilié de plein droit, un mois après la faillite (art. 18).

e) *La prescription de l'action en paiement.* — Il est nécessaire qu'un assuré ne puisse être recherché indéfiniment par la mutuelle pour les cotisations qu'il peut devoir. Aucun texte ne réglant la prescription de l'action en paiement de la cotisation et la jurisprudence se refusant à appliquer aux assurances terrestres la prescription quinquennale de l'art. 432 C. Co, il fallait se référer au droit commun. Comme il s'agit de sommes payables par années, l'art. 2.277 C. Civ. semblait devoir être appliqué. Or la jurisprudence s'y est toujours refusée (85) alléguant du caractère essentiellement variable des cotisations dans les mutuelles et du fait que, théoriquement, une cotisation pouvait ne pas être due, si la mutuelle n'avait aucune charge à acquitter. Par suite on appliquait la prescription trentenaire (art. 2.262 C. Civ.) à la cotisation des mutuelles, celle de 5 ans à la prime des compagnies. Cette solution fut critiquée (86), on a fait valoir les termes généraux de l'art. 2.277 « tout ce qui est payable par année », l'absence d'exigence d'une fixité quelconque pour les loyers, fermages, etc... Néanmoins la jurisprudence était très nette ; et, si elle admit la prescription quinquennale, ce fut seulement

(83) Sociétés civiles, en principe, les mutuelles sont commerciales et peuvent être mises en faillite quand elles font des assurances maritimes (Cf. art. 633 C. Com.) ou quand elles font des actes de commerce.

(84) Req. 30 avril 1918, R. A. 1918, 352.

(85) Civ. 8 février 1843, S. 1843.1.264; 17 mars 1856, S. 1856.1.514; 1^{er} février 1882, S. 1882.1.194; civ. Rouen 29 octobre 1928, A. M. 1929, 29; Civ. 12 juillet 1928, S. 1929.1.17; civ. Anvers 30 mai 1857, B. M. 3, 62.

(86) *Astresse* n° 289.

pour les mutuelles à primes fixes, c'est-à-dire où la cotisation est, dès la conclusion du contrat, fixée à un certain chiffre qui ne variera pas durant son cours (87). Au contraire, elle refusait de reconnaître le caractère de fixité à des cotisations qui étaient demeurées fixes pendant quelques années, mais en fait seulement, elle ne le déduisait pas plus de la fixation d'un maximum à la cotisation annuelle. Sans doute, certaines décisions voulaient-elles distinguer entre la contribution aux sinistres et celle aux frais de gestion, celle-ci pouvant être fixe, ainsi au cas de traité de gestion, et par suite prescriptible par 5 ans (88). Mais cette distinction, outre sa fragilité, n'offrait pas de grand intérêt pratique.

Tel était l'état de la question quand la loi du 13 juillet 1930 est venue lui donner une solution définitive et qu'on ne peut qu'approuver, en fixant à 2 ans le délai par lequel se prescrivent toutes les actions dérivant du contrat d'assurance (art. 25) (89). Toutefois ce délai pourra être allongé par les parties, la loi interdisant seulement de l'abréger (art 26). Et si un contrat a été conclu avant la loi de 1930, il faut permettre à l'assuré, soit d'opposer la prescription ancienne déjà commencée, soit d'opposer la prescription nouvelle courue depuis la promulgation de la loi, sans que le délai requis puisse dépasser celui de l'ancienne prescription, ainsi que l'a décidé la Cour de Cassation, à juste titre, en tenant un grand compte des nécessités pratiques (90).

(87) Req. 20 février 1911. J. S. 1911, 356; Amiens 10 juillet 1934. R. G. 1934, 765.

(88) Nancy, 27 novembre 1843, B. M. 2, 56; Civ. Clermont-Ferrand 14 février 1902, R. A. 1902, 211; B. S. 3, 720.

(89) Cf. loi suisse sur le contrat d'assurance du 2 avril 1908, art. 46.

(90) Civ. 9 juillet 1934, R. G. 1934, 1.014.

§ 2. — SANCTION DE L'OBLIGATION
DE DÉCLARER LES SINISTRES.

Avant la réglementation par le décret de 1922 et la loi de 1930, les statuts sanctionnaient librement le retard et l'absence de déclaration (supra p. 74). Aujourd'hui, en vertu des articles 29, d. 1922 et 15, l. 1930, le cas fortuit où la force majeure qui a empêché l'assuré de déclarer un sinistre à lui survenu, le met à l'abri de toute déchéance. Mais, en dehors de cette limitation, les statuts peuvent déterminer à leur gré les modalités de la déchéance, pourvu toutefois que celle-ci soit nettement stipulée et que la clause où elle est prévue soit claire et précise (art. 9 l. 1930).

En cas de simple retard, les statuts peuvent déclarer l'assuré déchu de tout droit à une indemnité, sanction rigoureuse et au fond inefficace car elle dépasse son but. C'est pourquoi, le plus souvent le retard n'entraîne qu'une réduction de l'indemnité soit en une proportion fixée à l'avance, par exemple un quart, soit en proportion du dommage que ce retard peut causer à l'assureur, ainsi que décide la police-type incendie de 1930 ⁽⁹¹⁾.

En cas d'absence de déclaration, la déchéance est au contraire la sanction qui s'impose. L'assuré a intérêt à recevoir le plus vite possible son indemnité, s'il ne la réclame pas ou la réclame sans avoir déclaré le sinistre qui lui a donné naissance, il doit en être privé. Car l'assureur doit être prévenu le plus tôt possible, il pourra prendre certaines mesures, concernant la chose assurée ou les tiers responsables, qui, plus tard, ne seraient plus possibles ; il ne faut point qu'il reste sous la menace d'indemnités, souvent élevées, et qui

(91) Besson, la notion de déchéance en matière d'assurance, R. G. 1936, 276.

risquent de détruire l'équilibre de ses exercices. Mais quand y a-t-il simple retard et quand y a-t-il absence de déclaration ? Les statuts régleront ce point ; cependant on peut admettre qu'au-delà de 5 jours, il y a retard et qu'après la clôture de l'exercice d'une mutuelle, il y a absence, car, pour les mutuelles, l'exercice est la base de tous les calculs et de toutes les répartitions. En fait, d'ailleurs, un délai infiniment plus court sera fixé — et devra être fixé — pour déterminer l'absence de déclaration.

§. 3. — SANCTION DE L'OBLIGATION DE DÉCLARER LES RÉASSURANCES

Lorsque cette obligation est respectée, l'assureur a le droit de notifier la résiliation du contrat ; si elle ne l'est pas, il n'aura qu'une action en dommages et intérêts contre l'assuré, à charge de prouver qu'un préjudice lui a été causé par le fait qu'il n'a pu user de cette faculté de résiliation. Mais, comme nous l'avons vu (supra p. 75), cette obligation est de moins en moins stipulée dans les statuts et comme un préjudice sera souvent difficile à prouver, une telle action est rare.

§. 4. — SANCTION DU DROIT A UNE INDEMNITÉ

Les caractères particuliers de l'indemnité dans les mutuelles impliquent une stricte limitation du droit de l'assuré sinistré à agir contre la société, aussi étudierons-nous successivement les actions qui sont à la disposition de l'assuré (A) et les exceptions et actions que la mutuelle peut faire valoir à son encontre. (B)

A. *Les actions de l'assuré sinistré.*

Il peut simplement vouloir faire consacrer son droit en justice (a) ou au contraire réclamer le paiement de l'indemnité qui lui est due (b) ; il peut encore agir en résolution de son contrat (c) et en résiliation pour insuffisance de règlement (d), de même qu'en responsabilité contre les administrateurs, dans certains cas (e).

a) *Action en Fixation de l'indemnité.* — Nous avons vu les règles suivant lesquelles l'indemnité était fixée ; dans tous les cas où la victime sera un tiers, une action en justice sera le plus souvent intentée pour établir l'indemnité. Mais, dans les rapports entre la société et un assuré sinistré, celui-ci pourra agir pour faire préciser ses droits quand cela n'aura pas été fait suivant les règles de l'art. 30, d. 1922 et que le délai prévu dans les statuts est expiré. Et il faut reconnaître à tout assuré, victime d'un sinistre, le droit de faire reconnaître en justice son droit, sous réserve de ne l'exercer contre la mutuelle que d'après les règles et dans les délais fixés aux statuts. (92)

b) *Action en Paiement.* — Par cette action, l'assuré qui a subi un sinistre va réclamer à la mutuelle l'indemnité qui lui est due et que celle-ci lui refuse, soit qu'elle conteste le sinistre ou le droit de l'assuré, soit qu'après l'avoir liquidée, elle ne la verse pas dans les délais fixés aux statuts. (93)

Le Tribunal compétent pour connaître de cette action (comme de l'action en fixation) est celui du domicile de l'assuré ou celui de la situation des objets assurés, s'il s'agit d'immeubles, ou celui du

(92) Bordeaux 10 avril 1911, Rec. Bordeaux 1911.1.212.

(93) Rouen 7 août 1907, R. A. 1908.1.36.

lieu de l'accident pour les assurances contre les accidents (art. 3, l. 13 juillet 1930).

L'assuré pourra agir pendant deux ans, à compter du jour où il a eu connaissance du sinistre (art. 25, loi 1930) ; cette prescription qui n'est pas suspendue à l'égard des incapables, est interrompue par les causes de droit commun et par la désignation d'experts après sinistre. Ce délai ne peut être abrégé par une clause de la police ou des statuts (art. 26, l. 1930) ⁽⁹⁴⁾. Ajoutons qu'au cas où la victime est un tiers, la prescription ne partira que du jour où ce tiers aura exercé une action en réparation contre l'assuré.

L'action en paiement peut encore être intentée lorsqu'une mutuelle a réduit sans motif les indemnités d'un exercice ; les sinistrés injustement atteints dans leurs droits pourront faire condamner la société à leur payer le surplus, après avoir prouvé qu'elle ne peut justifier la réduction opérée. ⁽⁹⁵⁾

Dans tous les cas, sauf ce dernier, l'assuré devra dans ses conclusions offrir de réduire sa demande proportionnellement à l'insuffisance de fonds qui pourrait être démontrée ; lorsque ceci aura été omis, le jugement devra, tout en condamnant la mutuelle à payer l'indemnité demandée, réserver le cas d'une réduction nécessaire et justifiée. Mais, si la mutuelle s'est rendue coupable de vol, aucune réduction ne pourra être apportée aux dommages et intérêts mis en pareil cas à sa charge car s'ils représentent la part d'indemnité non payée et ont un caractère contractuel, ils ont aussi un caractère pénal qui s'oppose désormais à toute réduction, même justifiée. ⁽⁹⁶⁾

(94) Avant 1930, des délais plus réduits étaient souvent stipulés, et validés par la jurisprudence, par exemple un an (civ. Bordeaux 21 novembre 1892, B. S. 3, 252).

(95) Chambéry 29 juin 1912, R. A. 1912, 188 ; Req. 7 juillet 1920, J. S. 1921, 359.

(96) Bordeaux 23 juillet 1913, Rec. jur. soc. 1914, 233.

L'adhérent poursuivra contre la mutuelle le recouvrement de son indemnité, sans pouvoir user des droits d'un créancier ordinaire, car il est un associé de la mutuelle contre laquelle il agit. Ainsi nous lui refuserons de faire valoir contre celle-ci l'hypothèque attachée aux jugements portant condamnation. La Chambre Civile de la Cour de Cassation vient pourtant de l'admettre, le 11 juin 1936 ⁽⁹⁷⁾, car, dit la Cour « le principe de l'égalité entre les associés (infra p. 138) n'est nullement méconnu en cette matière et par cette solution puisqu'il appartiendra à chaque sinistré ayant obtenu contre la mutuelle un jugement de condamnation de procéder pour son propre compte à l'inscription de l'hypothèque attachée à ce jugement et de se prévaloir ainsi de son titre de créancier qui ne saurait être neutralisé et tenu en échec par sa qualité d'associé. » Cette solution nous semble cependant inacceptable ; la Cour de Cassation paraît faire bon marché, en l'espèce, de la qualité d'associé qui caractérise l'adhérent d'une mutuelle et qui impose à son droit à une indemnité des restrictions indéniables. Nous verrons que, quoiqu'on en veuille faire un créancier ordinaire, il ne peut faire saisie-arrêt sur les cotisations dues par ses coassociés, débiteurs de la mutuelle, ni même les poursuivre en paiement. (infra p. 129). Le principe de l'égalité des adhérents s'oppose à ce que l'associé sinistré puisse se prévaloir de l'hypothèque judiciaire, car elle crée une situation plus favorable à cet associé et lui donne un recours privilégié sur les fonds sociaux affectés à la garantie commune de tous les adhérents. Quant à l'argument que tous les associés sinistrés peuvent invoquer cette hypothèque, il ne nous semble pouvoir être retenu, car tous ne l'invoqueront pas et des inégalités se pro-

(97) G. P. 1^{er} octobre 1936.

duiront sans compter d'importantes difficultés pratiques et les unes comme les autres sont incompatibles avec les principes de la mutualité.

c) *Action en résolution.* — De même que, dans les conditions que nous avons indiquées (supra p. 105) la mutuelle peut résilier le contrat au cas de non paiement des cotisations par un assuré, celui-ci aura le droit de demander en justice la résolution de son contrat, si la mutuelle ne lui verse pas l'indemnité à laquelle il a droit. Simple application de la résolution de droit commun de l'art. 1884 C. civ. pour inexécution des engagements pris par les parties, ce droit est consacré par la jurisprudence. ⁽⁹⁸⁾ Mais, on a voulu aller plus loin et décider que, puisque la résolution du contrat d'assurance entraînait celle du contrat de société passé entre la mutuelle et son assuré, elle devait aussi conduire à la dissolution de la société ⁽⁹⁹⁾. Cette solution ne peut être admise car on ne saurait permettre qu'un mutualiste pût faire dissoudre la société à l'égard de tous, uniquement parce qu'elle n'a pas rempli ses engagements envers lui : c'est méconnaître entièrement les caractères de la mutuelle et son existence comme société qui impose une continuité dépassant les petites querelles d'intérêts individuels. La dissolution ne pourrait intervenir que si, en plus de cette inexécution vis-à-vis d'un assuré, la mutuelle n'était pas en état de tenir ses engagements envers les autres assurés, n'était plus à même de fonctionner. ⁽¹⁰⁰⁾

(98) Civ. 2 mai 1876, S. 1876.1.408; Besançon 30 décembre 1891, S. 1892.2.206; Req. 6 mars 1899, S. 1900.1.33, note Tissier.

(99) Req. 6 mars 1899 préc. - contra : civ. Lyon 4 juillet 1903, Mon. jud. Lyon 29 juillet 1903.

(100) Cf. note Tissier, loc. cit. col. 3.

d) *Action en Résiliation pour Insuffisance de Règlement.* — Il n'y a aucun intérêt à laisser fonctionner des mutuelles qui ne peuvent arriver à régler leurs sinistres ou qui ne le font que dans une proportion infime. On a vu des mutuelles ne verser que le dixième des indemnités dues à leurs assurés, alors que ceux-ci payaient intégralement leurs cotisations ; la jurisprudence autorisait rarement la dissolution de telles sociétés ou exigeait de nombreuses années déficitaires ; la sanction la plus sûre était la faillite, lorsque la mutuelle s'était livrée à des opérations commerciales. Un remède devait être trouvé à cet état de choses : il est dans le décret de 1922 (art. 34). Fort justement, le décret distingue les bonnes et les mauvaises mutuelles, celles-ci ne versant que des indemnités sans rapport avec les cotisations qu'elles encaissent. Une exacte compréhension du rôle de la mutualité exige que les sinistres soient payés régulièrement et en totalité, mais comme il existe des aléas imprévisibles, l'art. 34, très sagement, ne permet de dissoudre une mutuelle que si, à l'expiration d'une période de 5 années, ses versements n'ont pas atteint 75 % des indemnités, telles qu'elles ont été liquidées. Une Assemblée Générale extraordinaire, réunie conformément aux prescriptions de l'art. 11, prononcera la dissolution de la société. Mais, cette assemblée peut n'être pas réunie car certaines personnes peuvent avoir intérêt à la continuation — même déficitaire — de la société ; dans ce cas, tout assuré peut faire résilier son contrat, sans que la mutuelle s'y puisse opposer. Le montant des indemnités qui servira au calcul des 75 % n'est pas le montant réel du dommage mais celui qui est fixé par le contrat (cas où la mutuelle oblige l'adhérent à rester son propre assureur pour une certaine part.)

e) *Action en responsabilité des administrateurs.* —

Dans certains cas, l'assuré sinistré verra son indemnité réduite ou même supprimée par suite d'une faute des administrateurs : il aura un recours contre eux. (101) Les administrateurs aussi bien, ont pu payer soit des assurés non sinistrés soit la totalité de leur indemnité à des sinistrés, alors que les statuts ne permettent de payer d'avance qu'une partie. Si par la suite ces assurés opposent leur insolvabilité au recours exercé contre eux par la mutuelle et que celle-ci doive réduire les autres indemnités au marc le franc, les assurés lésés pourront réclamer aux administrateurs la part de leur indemnité dont ils ont été frustrés.

B. — LES ACTIONS ET LES EXCEPTIONS A LA DISPOSITION
DE LA MUTUELLE

La mutuelle, poursuivie en fixation ou en paiement d'une indemnité, pourra se défendre au moyen de certaines exceptions. Elle pourra invoquer le retard ou l'absence de déclaration du sinistre, de la part de l'assuré (supra p. 111) ; les déchéances encourues par lui aux termes des statuts, lorsqu'elles sont permises par la loi sur le contrat d'assurance ; la suspension du contrat pour non paiement des cotisations. Mais, en ce qui concerne les déchéances, la société ne peut plus les opposer à l'assuré lorsqu'elle a reconnu lui devoir l'indemnité qu'il réclame. (102) Elle fera valoir aussi, contre les demandes en indemnisation totale ou supplémentaire de la part des assurés, la

(101) Astresse n° 297.

(102) Req. 19 juin 1876, B. 1, 185.

réduction des indemnités au marc le franc, à condition d'en donner justification.

La mutuelle ne restera d'ailleurs pas toujours sur la défensive, elle agira elle-même contre ses assurés victimes d'un sinistre et qui ont été indemnisés, lorsqu'elle devra réduire ces indemnités. Celles-ci ont été payées dès le sinistre soit en totalité soit pour une part qui, à la fin de l'exercice, révèle un déficit. Ces assurés ont touché plus qu'ils ne devaient et la mutuelle va agir en répétition contre eux, de façon à réduire toutes les indemnités au marc le franc, par application de l'art. 33 d. 1922. ⁽¹⁰³⁾

Enfin, la mutuelle pourra résilier le contrat après sinistre ⁽¹⁰⁴⁾ mais l'art. 32 d. 1922 qui prévoit cette faculté exige qu'elle soit stipulée dans une clause des statuts. Il arrive parfois, en effet, que les sociétés s'aperçoivent de la difficulté d'assurer certains risques, soit parce qu'ils sont mal connus, soit en raison de la personne de l'assuré dont l'imprudence ou la maladresse fausse les lois du hasard. Aussi les sociétés d'assurances sont-elles autorisées à résilier un contrat qui se révèle trop onéreux, après qu'un sinistre s'est produit. C'était une pratique courante, avant 1922, mais des abus se produisaient, auxquels le décret a entendu mettre fin par trois mesures différentes mais se complétant. D'abord la résiliation ne pourra avoir effet qu'un mois au minimum après sa notification à l'assuré, si bien que celui-ci aura le temps de chercher un nouvel assureur sans risquer de n'être plus couvert pendant cette recherche. Puis, la société ne peut plus retenir par devers elle la partie de la cotisation afférente à la période pour la-

(103) Civ. Charleville 5 novembre 1925, J. S. 1927, 501.

(104) Cette faculté est étendue aux sociétés d'assurances à primes fixes par l'art. 54, d. 1922.

quelle le risque n'est plus couvert ; cette solution, juste contre-partie du droit de l'assureur n'est d'ailleurs qu'une application du principe aujourd'hui reconnu, de la divisibilité de la prime. Enfin, et c'est à notre sens la garantie essentielle de l'assuré, le droit est reconnu à ce dernier de résilier tous les autres contrats qu'il avait passés avec la mutuelle, sans qu'elle puisse lui demander une indemnité. Aucun délai n'est fixé pour cette riposte de l'assuré, il semble bien que celui d'un mois doive lui être appliqué (sauf si les statuts l'ont allongé, ce qui leur est loisible) car, en même temps qu'il portera son contrat résilié à un nouvel assureur, il lui apportera ceux qu'il entend résilier lui-même. ⁽¹⁰⁵⁾

§. 5. — SANCTION DU DROIT A UNE PART DES EXCÉDENTS.

Chaque assuré a droit à une part dans l'excédent liquidé après un ou plusieurs exercices, il peut donc exercer ce droit en justice, mais son action est limitée par les restrictions statutaires à ce droit. Ainsi un assuré ne pourra réclamer une ristourne après un an, ou chaque année, quand elle n'est faite que tous les 2 ans ; il n'en pourra réclamer si son contrat expire dans l'année et que les statuts la refusent dans ce cas ; il ne pourra pas non plus s'élever contre le versement des excédents aux fonds de réserve, s'il est décidé par l'assemblée générale.

Outre ce droit, l'assuré peut surveiller la constitution de cet excédent, en contrôlant les comptes annuels de la mutuelle en lui demandant des justifications, au besoin en justice, quand un excédent est travesti en déficit pour permettre l'enrichissement de quelques mutuellistes aux dépens des autres.

(105) Ancey et Sicot, p. 144.

CHAPITRE III

DE L'INFLUENCE RECIPROQUE DES QUALITES D'ASSOCIÉ ET D'ASSURÉ

Rechercher l'influence réciproque des qualités d'associé et d'assuré sur la situation de l'adhérent d'une société d'assurances mutuelles, c'est déterminer la nature juridique des rapports de cet adhérent avec la mutuelle. Celui qui adhère à une société d'assurances mutuelles pour que cette dernière couvre un risque qu'il peut être appelé à subir, fait-il un contrat d'assurance ou bien un contrat de société ? En d'autres termes, il convient de déterminer quelles sont les règles — celles du droit des sociétés, celles du droit des assurances — qui doivent être considérées en dernier ressort et donner la solution définitive aux problèmes qui se posent dans les rapports des mutuelles avec leurs membres.

Au point où nous sommes arrivé de notre étude, nous pouvons voir toute la complexité de la question. En effet, l'adhérent d'une mutuelle a des droits comme il a des obligations dérivant du lien qui le relie à la société, de même qu'il a des droits et des obligations qui dérivent de son contrat d'assurance. On ne peut les séparer entièrement, ils se pénètrent les uns les autres et l'objet de ce chapitre est de rechercher comment ils se concilient et à quel principe ils doivent finalement obéir.

Une controverse déjà ancienne, divise les auteurs en la matière. Dans notre droit français, on ne peut, en effet, tirer argument des textes législatifs ou réglementaires ; nos Codes ne s'en occupent point et le décret de 1922, après celui de 1868, traitant des « Sociétés d'assurances » ne nous dit pas qui, du droit des sociétés ou du droit des assurances, doit avoir le pas. Le Code de Commerce italien, au contraire, traitant de l'assurance mutuelle dans les sociétés semble affirmer la priorité du droit des sociétés.

Trois opinions sont d'ordinaire soutenues à ce sujet : l'une distingue dans le contrat d'assurance mutuelle un contrat d'assurance et un contrat de société dont les règles jouent parallèlement et se pénètrent quelquefois sans que l'un ait le pas sur l'autre ; les autres font prédominer soit la société, soit l'assurance.

Les tenants de la première opinion font valoir que tous les actes des fondateurs ne tendent qu'à un but : créer une société. (1) Le contrat d'assurance n'apparaîtra que par la suite car « les fondateurs sont associés avant d'être assurés » ; ce contrat est issu de l'association mais il en est indépendant, si bien qu'on peut examiner d'une part la situation d'associé, d'autre part celle d'assuré, sans que ces deux rapports de droit s'enchevêtrent, ou, si par suite des circonstances un conflit naît, il devra être résolu suivant les principes généraux du droit, en considérant si le cas d'espèce ressortit au droit des sociétés ou au droit des assurances.

(1) Staudinger, *Rechtslehre vom Lebensversicherungsvertrage* (cité par Ehrenberg, op. cit. p. 138, n° 27) ; Clément pp. 69, 127 et 143 ; Sudre, n. sous Civ. 26 novembre 1929, S. 1930.1.347, col. 1.

L'antériorité de l'association sur l'assurance a conduit certains auteurs à donner, comme principe de toute solution, le droit des sociétés (2). Vivante reproche aux auteurs précédents de distinguer deux volontés — celle de s'associer, celle de s'assurer — quand il n'y en a qu'une ; il objecte à ceux qui veulent faire prédominer l'assurance qu'ils négligent complètement la forme par laquelle on atteint le but — l'assurance — et qui domine les rapports juridiques des contractants. Ces auteurs font valoir la nécessité d'adhérer à une société pour faire un contrat d'assurance mutuelle et tous les droits et obligations qui découlent de ce lien social. Au contraire, pour le contrat d'assurances passé avec une société à primes fixes, on peut négliger la société, car il est inutile d'en faire partie pour passer un contrat d'assurance avec elle. Et d'autre part, il est si vrai qu'entre la mutuelle et ses adhérents, existe un lien social très fort, que ces derniers, suivant la fortune de la société, risquent de perdre, si elle fait de mauvaises affaires, alors que si elle gère parfaitement son portefeuille, ils auront sa garantie au prix le moins élevé. Enfin ces auteurs montrent que leur théorie justifie les solutions pratiques : c'est parce qu'il faut tenir compte avant tout de la société que l'intérêt collectif des adhérents primera l'intérêt individuel d'un seul ; de même un adhérent ne pourra, au cas de liquidation ou de faillite, demander la résolution de son contrat en enlevant ainsi leur gage à ses coassociés ou aux tiers ; de même le consentement des organes sociaux sera nécessaire pour qu'une adhésion soit reçue ou une police cédée à un tiers.

(2) Gierke, *Genossenschaftstheorie und Rechtssprechung*, p. 239, n^{os} 3 et 295 ; Vivante loc. cit. p. 598 et dans *Ehrenzweigs Jahrbuch* XIV, 1, p. 123 ; Cf. Meurisse, les pouvoirs des assemblées générales extraordinaires dans les mutuelles, th. Paris 1931, p. 17.

Une troisième opinion consacre la primauté de l'assurance sur la société (3). S'il existe une société, c'est une société « d'assurances mutuelles », spécialisée, à caractères tout à fait particuliers. Elle n'a été créée que pour exploiter l'assurance mutuelle, car il faut à cette sorte d'assurance une société, une association, en un mot un groupement, à sa base. Si, en théorie, on peut concevoir un individu faisant de l'assurance à primes fixes, on ne le peut pour l'assurance mutuelle. Ce sera le but de l'assurance mutuelle qui donnera la solution définitive à tous les problèmes qui pourront se poser : répartir entre tous les assurés les pertes éprouvées par certains d'entre eux. Le contrat d'assurance est donc l'élément premier, si bien qu'en fait la situation du mutuelliste sera bien proche de celle de l'assuré d'une compagnie ; la vraie différence réside dans la personne de l'assureur : c'est l'espoir de bénéfices qui guide la compagnie.

Solution moyenne, solutions extrêmes, chacune possède de solides arguments. Pour la commodité de l'exposé, nous avons semblé adopter celle qui distingue deux contrats — société, assurance — dans le contrat d'assurance mutuelle. Il n'en est rien ; il serait en effet trop facile de pouvoir séparer les effets de chacun des deux contrats, il faudrait supprimer aussi les conflits qui peuvent en naître. Mais il faut un principe de solution et nous ne croyons pas le trouver dans le droit des sociétés. Certes, l'assurance mutuelle exige la constitution d'une société et par suite l'adhérent, devenu un associé, en aura les charges comme il en aura les droits. Il ne faut pas oublier que toute société est constituée en vue d'un but,

(3) Ehrenberg, *Versicherungsrecht*, Leipzig 1893, dans *Binding Handbuch des Deutschen Rechtswissenschaft* III, 4, 1.

mais ici le but — l'assurance mutuelle — absorbe la société et nous dirons que les fondateurs n'ont créé une société que pour exploiter cette forme particulière d'assurance. Et c'est ce qu'exprime exactement l'art. 20, (titre II), de la loi allemande sur les entreprises privées d'assurance du 12 mai 1901, quand il dit que l'acquisition de la qualité d'associé suppose et a pour base un lien d'assurance avec la mutuelle ; être associé, nous le verrons, n'a aucune valeur, si, de plus et surtout, on n'est assuré. Aussi, pensons-nous, c'est à l'assurance de dominer toute la matière, mais à l'assurance mutuelle avec ses particularités. En effet, combien de règles ne peuvent s'expliquer qu'à la lumière des caractères de l'assurance mutuelle, par exemple les modalités des cotisations, des indemnités, la réduction de ces dernières, l'annalité des exercices jusqu'à la limitation du droit d'accès à l'Assemblée générale. D'ailleurs pour être certain du principe dominant, il suffit de rechercher si l'adhérent d'une mutuelle est garanti — donc si le but de la société est rempli — par le seul fait qu'il est associé. Or si c'est une condition essentielle pour l'adhérent d'être associé pour être garanti, cette condition n'est pas suffisante. L'adhérent a signé un bulletin d'adhésion, il a été admis dans la mutuelle mais, pour un motif quelconque, son contrat d'assurance n'est point parfait ; un sinistre survient, il n'est pas indemnisé. Ou bien, le contrat est expiré ou il est entaché de nullité, ou bien une déchéance est opposable à l'adhérent, il ne sera pas non plus indemnisé (4). Si bien que c'est le contrat d'assurance, passé avec la société d'assurances mutuelles, à condition qu'il ait été admis auparavant à devenir son associé, qui seul garantira l'adhérent.

(4) Cf. supra p. 78, une curieuse décision du Tribunal Civil de Boulogne-sur-Mer, du 27 mai 1898, distinguant les deux qualités de l'adhérent et leurs effets.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que l'assurance mutuelle repose sur l'association d'individus soumis à des risques semblables, aussi examinerons-nous successivement l'influence du rapport d'association sur les droits (section 1) et sur les obligations de l'assuré (section 2). Et nous serons conduits à rechercher le principe qui domine les rapports des deux qualités d'assuré et d'associé, principe issu de l'assurance mutuelle : le principe de l'égalité des adhérents (section 3).

SECTION I

LES DROITS DE L'ASSURÉ DEPENDENT DU RAPPORT D'ASSOCIATION

Avant même de passer un contrat d'assurance, l'adhérent d'une mutuelle doit remplir un bulletin d'adhésion. De telle sorte qu'il entre dans une société, à laquelle il demande de couvrir un ou plusieurs risques dont il peut être victime. Prenant connaissance, obligatoirement, ainsi que nous l'avons vu, des statuts de la mutuelle, l'adhérent va connaître non seulement quelles restrictions ces statuts apportent à ses droits d'associé (droit d'accès à l'Assemblée Générale, etc.), mais aussi dans quelle mesure sa qualité d'associé va influencer sur ses droits d'assuré. Ceux-ci ne peuvent être en effet indépendants et s'exercer quand l'intérêt de la société leur est contraire ou les limite.

Il faut donc poser en principe que *les droits de l'assuré ne peuvent valoir que dans la mesure des obligations dérivant du pacte social*, c'est-à-dire dans la mesure où ces obligations ne s'y opposent pas. La première conséquence de ce principe est que l'assuré n'a de droit que s'il est aussi un associé (§ 1) ; mais

d'autres conséquences fort importantes en découlent et qu'il nous faut examiner en envisageant successivement l'absence de recours contre les coassociés (§ 2) l'impossibilité de la compensation à l'intérieur d'une mutuelle (§ 3) et celle d'une action en justice pour faire fixer l'indemnité (§ 4), la réduction des indemnités (§ 5), enfin le refus de l'action en dissolution de la société (§ 6).

§ 1. — L'ASSURÉ N'A DE DROITS QUE S'IL EST ASSOCIÉ

Lorsqu'une personne demande à une compagnie d'assurances à primes fixes de couvrir un risque, il est bien évident que l'engagement réciproque une fois contracté, l'assurance aura plein effet sans qu'une condition autre soit requise, ainsi de devenir actionnaire de la compagnie. Au contraire, l'assurance contractée auprès d'une mutuelle ne pourra avoir effet que du jour où l'adhérent aura été accepté dans la société, que du jour où il sera devenu un associé (5). Jusque là, l'adhérent n'a droit à aucune indemnité et ne saurait, au cas de sinistre, former un recours contre la mutuelle.

La même solution est applicable au cas de substitution de personne, sous quelque forme que ce soit, dans le bénéfice du contrat d'assurance : le nouvel assuré devra adhérer aux statuts et devra être accepté par la mutuelle (6). Mais l'art. 19 de la loi du 13 juillet 1930, imposant la continuation de plein droit de l'assurance au cas de décès ou d'aliénation de la chose assurée, le nouvel assuré sera couvert et le droit d'agrément de la mutuelle ne pourra s'exercer que sous la

(5) Pour éviter au pollicitant le danger de n'être pas couvert en cas de sinistre, les statuts autorisent le plus souvent l'emploi d'une assurance provisoire ou d'une note de couverture.

(6) Dijon 19 décembre 1912, G. T. 1^{er} mars 1913.

forme de résiliation, dans les conditions prévues par la loi. La mutuelle aura donc un associé obligé, et elle ne pourra s'en défaire qu'en résiliant le contrat et non en refusant ce contrat, comme elle le peut lors d'une adhésion.

Lorsque l'assuré a cessé de faire partie de la société il ne peut plus recourir contre elle ou tout au moins il ne peut lui demander le règlement d'un sinistre subi après cessation de leurs engagements réciproques. Mais la mutuelle, au cas où son ancien assuré estime qu'une indemnité lui est cependant due, ne saurait invoquer pour repousser son action, le fait que celle-ci ne peut être intentée qu'après la liquidation de l'exercice pendant lequel le sinistre s'est produit (7). Si les règles de la société ne peuvent plus jouer en sa faveur, elles ne sauraient non plus lui être opposées, l'adhérent rentre dans le droit commun.

Doit-on décider qu'un assuré ne fait plus partie de la société, lorsqu'après l'expiration de son contrat, conclu pour 10 ans, par exemple, il continue à en payer les cotisations ? Plusieurs décisions ont refusé à cet ancien adhérent la qualité d'assuré et l'ont autorisé à répéter les cotisations, en l'absence d'une clause de tacite reconduction (8). Nous admettrons la solution contraire, d'ailleurs consacrée par un jugement (9). Pour nous, en effet, dès l'instant que l'adhérent, devenu associé de la mutuelle grâce à son contrat et à l'agrément du conseil d'administration, même après l'expiration de ce contrat, a payé les cotisations régulièrement, contre quittance, il est demeuré assuré car, s'il avait subi un sinistre, la mutuelle aurait dû l'indemniser. On pourrait d'ailleurs invoquer l'analo-

(7) Civ. Nantua 8 novembre 1912, G. P. 1912.2.639.

(8) Civ. Seine 12 mai 1905, R. A. 1905, 352; Pau 7 février 1907, R. A. 1907, 737.

(9) Civ. Rouen 19 avril 1915, J. S. 1917, 210.

gie qui existe entre le terme fixé au contrat et la période décennale (art. 55, d. 1922 ; art. 5, L, 13 juillet 1930) ; au terme fixé comme au bout de 10 ans, l'assuré peut résilier son contrat, mais il peut aussi le continuer sans, pour cela, manifester autrement sa volonté que par le paiement des primes.

§ 2. — L'ABSENCE DE RECOURS CONTRE LES ASSOCIÉS

Un assuré a subi un dommage ; pour une raison quelconque la mutuelle lui refuse ou lui conteste son droit à indemnité. Il se trouve que le chiffre de celle-ci est égal au montant d'une ou plusieurs cotisations qu'un autre assuré doit à la mutuelle ; celui qui a subi un dommage va-t-il pouvoir demander à l'assuré débiteur de la mutuelle de lui verser cette somme ? Faisant passer leur intérêt personnel avant leurs obligations sociales, certains mutuellistes se sont adressés aux tribunaux pour obtenir l'indemnité qu'ils réclamaient, en recourant directement à leurs coassociés ou formant saisie-arrêt entre leurs mains. Permettre une telle pratique était compromettre à la fois les intérêts de l'assurance et ceux de la société. L'assurance en effet ne peut exister que si, en contre-partie du risque que l'assureur prend à sa charge, l'assuré lui paie une prime ou cotisation ; l'absence de cette contre-partie, saisie par un autre assuré, détruit l'équilibre nécessaire. Sans doute, l'assuré serait certain d'obtenir, dans ces conditions, réparation intégrale du dommage qu'il a subi. Mais ici intervient l'idée de société : les droits résultant autant de l'assurance que de l'association des mutuellistes, existent uniquement vis-à-vis de la société et non vis-à-vis des membres de cette société, pris individuellement. Un assuré ne peut agir soit contre la société soit contre un coassocié, il le

peut uniquement contre la société. C'est en effet une des conséquences de la personnalité morale des mutuelles ; grâce à elle, la mutuelle, être distinct de ses membres, peut agir ou être poursuivie, de même qu'elle s'opposera à ce qu'un coassocié agisse directement contre un autre.

Notre conception de la société d'assurances mutuelles, véritable société pourvue de la personnalité morale, est consacrée implicitement par la jurisprudence qui a toujours refusé à l'assuré d'une mutuelle de recourir contre un de ses coassociés pour quelque cause que ce soit ⁽¹⁰⁾.

On a critiqué cette solution, tout au moins par rapport à la saisie-arrêt ⁽¹¹⁾ en invoquant ce fait qu'en général celle-ci porte sur les cotisations d'un exercice postérieur à celui qui a ouvert le droit à indemnité. Comme les exercices des mutuelles sont annuels et indépendants les uns des autres, le tiers saisi n'est juridiquement pas assureur vis-à-vis du saisissant ; aussi la saisie-arrêt est-elle possible, les textes ne l'interdisent pas, et elle est le seul moyen pour l'assuré d'obtenir l'exécution forcée d'un jugement contre la société. Nous rejetterons cette opinion, quelque séduisante qu'elle soit ; sans revenir sur la question de savoir dans quelle mesure on peut dire que les exercices d'une mutuelle sont indépendants les uns des autres ⁽¹²⁾, il faut considérer la société, qui englobe tous ces exercices, qui crée des liens juridiques entre ses membres et que ceux-ci ne peuvent mettre en échec pour la sauvegarde de leurs intérêts personnels, intérêts qu'ils devaient savoir être nécessairement limi-

(10) Poitiers 17 avril 1907, R. A. 1907, 242; Paix Paris, 15 janvier 1909, R. A. 1915, 83.

(11) Civ. La Rochelle 13 nov. 1906, R. A. 1907, 243, réformé par Poitiers préc.; Saintelette, Questions d'assurance mutuelle (1913) p. 17.

(12) *Supra*, p. 87.

tés par leur adhésion à la mutuelle. De plus, si on autorisait un recours, sous une forme quelconque contre un coassocié, en risquant de ruiner la vie même de la société, on se mettrait en contradiction formelle avec le décret de 1922, qui, pour les indemnités en particulier, exige la plus stricte égalité entre tous les coassociés (art. 31 et 33).

§ 3. — L'IMPOSSIBILITÉ DE LA COMPENSATION

Nous avons rangé au nombre des exceptions inopposables à l'action en paiement des cotisations, la compensation (*supra* p. 107). La compensation suppose deux personnes respectivement débitrices et créancières l'une de l'autre (art. 1289, C. Civ.), elles seront libérées automatiquement jusqu'à concurrence de la plus faible des deux dettes. Elle a un double rôle : elle évite un double paiement, elle réalise une sûreté indirecte ⁽¹³⁾. La compensation est d'une application universelle sauf quelques restrictions prévues par différents textes ; doit-elle fonctionner à l'intérieur d'une société d'assurances mutuelles. Un assuré n'a pas payé ses cotisations depuis un certain temps ; il est victime d'un sinistre, dont le montant est, par exemple, égal à son arriéré de cotisations. La mutuelle le poursuit en paiement, va-t-il pouvoir invoquer la compensation entre les cotisations qu'il doit et l'indemnité qui lui est due. La société ne fait pas obstacle à la compensation, car une dette entre un associé et la société peut présenter tous les caractères exigés par la loi et la jurisprudence ⁽¹⁴⁾. Mais il faut, pour

(13) Hémar, Précis de droit civil, t. II, 2^e éd. n° 1.740.

(14) En matière de dividendes : corr. Seine 4 juin 1923, S. 1924. 241; en matière d'augmentation de capital : Paris 19 mars 1895, J. S. 1895, 266; Crim. 26 février 1904, S. 1906.1.378; Paris, 23 mars 1909, J. S. 1909, 406.

les mutuelles, rechercher le but de la société : il est de répartir, entre les assurés sinistrés d'une année, le montant des cotisations perçues par la mutuelle durant cette année (supra p. 81). Par suite, préalablement à tout paiement d'indemnité, doit être effectué le versement des cotisations car ce n'est qu'ensuite que pourra être fait le calcul de la répartition entre les sinistrés. Admettre la compensation, ce serait donner un droit préférentiel à un assuré sinistré et le faire bénéficier de plus — dans la plupart des cas — de son retard à payer ses cotisations. Solution déplorable à tous égards, qui entraverait le fonctionnement normal des mutuelles, celle-ci a toujours été rejetée par la jurisprudence (15). Les assurés, en effet, ont l'obligation de contribuer, sur les indemnités auxquelles ils peuvent prétendre, aux charges de la société, et on ne peut admettre qu'ils se dérober, par un moyen détourné, aux engagements qu'ils ont pris en adhérant aux statuts et qu'ils puissent ainsi tenir en échec les dispositions impératives de l'article 33 du décret de 1922. Remarquons d'ailleurs que, le plus souvent, la compensation serait impossible, outre ce motif essentiel, pour des raisons tenant à la technique même de l'opération : ainsi lorsque le chiffre de l'indemnité est contesté, la créance n'est plus liquide ; lorsque les statuts prévoient que le règlement des indemnités ne se fera qu'à la fin de l'exercice, la créance n'est pas exigible au cours de cet exercice ; enfin au cas de faillite de la mutuelle, lorsque celle-ci s'est livrée à des opérations commerciales.

Mais les motifs même qui nous font rejeter la com-

(15) Civ. St-Etienne, 12 février 1920. Rec. jur. soc. 1921, 128 ; Civ. 16 mai 1923, Rec. soc. 1924, 111. Sumien n° 209 ; Manes, *Versicherungsllexikon*, 2^e éd. 1924, V° *Gegenseitigkeitsverein*, art. 6. Cf. V. A. G. art. 26.

pensation entre les cotisations dues par un assuré et l'indemnité à lui due par la mutuelle, doivent nous faire valider la compensation dans tous les autres cas, où la mutuelle et l'assuré sont respectivement créanciers et débiteurs l'un de l'autre. Pas plus que la société ne s'oppose à priori à la compensation, la mutuelité ne l'écarte que lorsque son mécanisme l'exige.

§ 4. — L'IMPOSSIBILITÉ D'AGIR EN JUSTICE
POUR LA FIXATION DE L'INDEMNITÉ

Il faut refuser à l'assuré sinistré le droit de s'adresser à la justice pour faire fixer l'indemnité à laquelle il a droit, lorsque les statuts lui imposent soit un délai d'attente, soit de s'adresser d'abord à l'Assemblée générale, car il est lié par les statuts auxquels il a adhéré (16).

Toutefois ce refus ne sera opposable ni à l'assuré qui a attendu le délai prescrit ou observé les règles statutaires, sans résultat, ni — à quelque moment que ce soit — au tiers victime d'un accident causé par l'assuré.

§ 5. — LA RÉDUCTION DES INDEMNITÉS.

Nous ne saurions revenir sur ce que nous avons dit à ce sujet (supra p. 83). La réduction des indemnités opérée au cas d'insuffisance des ressources, dans les conditions prévues à l'art. 33, d. 1922, est la conséquence la plus importante du principe que nous énoncions au début de cette section, à savoir que les droits de l'assuré ne peuvent valoir que dans la mesure des obligations dérivant du pacte social. L'intérêt de l'as-

(16) Bordeaux 10 avril 1911, Rec. Bordeaux, 1911.1.212.

suré est, en effet, de toucher intégralement l'indemnité à laquelle il a droit ; mais l'intérêt social, qui impose qu'une mutuelle ne soit jamais en déficit, va l'obliger à réduire ses prétentions, conformément aux résultats de l'exercice. C'est ici que le conflit est le plus aigu, entre les droits de l'adhérent comme assuré et comme associé. Cependant, il importe avant tout, de sauvegarder les intérêts supérieurs de la mutualité, en y ajoutant le caractère impératif de l'art. 33 du décret de 1922. Si bien qu'il faut décider que l'indemnité payée en totalité ou en partie à un assuré sinistré, avant la liquidation de l'exercice, sera susceptible d'être réduite si cet exercice révèle une insuffisance de ressources. Jamais l'assuré ne pourra opposer à la mutuelle un droit acquis ou une reconnaissance de son droit par le fait du paiement, celui-ci n'étant effectué que sous réserve de réduction, le cas échéant. Il faut donner la même solution en ce qui concerne l'assuré qui a obtenu un jugement de condamnation contre une mutuelle, celle-ci pourra ne payer qu'un dividende, à condition de donner des justifications ; le plus souvent d'ailleurs, les juges réservent sagement, dans leur décision, le cas d'une réduction éventuelle.

§ 6. — LE REFUS DE L'ACTION EN DISSOLUTION
AUX ADHÉRENTS.

La nécessité de donner une grande stabilité aux mutuelles et de les soustraire aux litiges soulevés par des questions d'intérêt particulier, a conduit la jurisprudence à refuser aux adhérents le droit de demander la dissolution de la Société. Mais il convenait de ne point les obliger à demeurer liés contre leur gré, le droit de demander la résiliation a été assez largement ouvert aux adhérents. Un cas en est prévu par l'art. 34

du décret du 8 mars 1922. Lorsqu'une mutuelle, à l'expiration d'une période quinquennale n'a pas payé 75 % du total des indemnités réglées après sinistre et qu'une Assemblée Générale extraordinaire n'a pas été réunie pour dissoudre la société, tout adhérent peut demander la résiliation de son contrat. Ici, la résiliation est autorisée en faveur de l'adhérent, pour lui éviter les longueurs d'une action en dissolution de la société.

Telles sont les limites nécessaires à ses droits que l'adhérent d'une mutuelle doit subir, par suite de son entrée dans la société. Il ne peut y échapper, car il a contracté librement, et son adhésion était entourée de formalités qui avaient pour but de l'éclairer sur la portée de son engagement. Mais de même que ses droits sont limités, de même l'assuré va pouvoir invoquer l'intérêt social pour restreindre ses obligations, car droits ou obligations n'existent que dans la mesure où ils servent à poursuivre les intérêts sociaux qui sont, à la fois, ceux de la société et ceux de chacun de ses membres (17).

SECTION 2

LES OBLIGATIONS DE L'ASSURE DEPENDENT DU RAPPORT D'ASSOCIATION

L'intérêt même de la société commande de n'imposer aux mutuellistes des charges que dans la mesure de cet intérêt qui dépend du but de la mutuelle. Toute charge exagérée risque d'écarter les adhérents et ne peut se justifier, si elle est inutile pour le bon fonctionnement de l'assurance. Outre l'obligation générale de

(17) Manes, *Versicherungslexikon*, loc. cit.

l'assuré de se conformer aux statuts auxquels il a adhéré, nous rencontrons deux obligations dépendant étroitement du rapport d'association et que nous allons envisager.

§ 1. — LA DIVISIBILITÉ DE LA PRIME

Nous trouvons ici le principe que nous énoncions plus haut, à savoir que les charges de l'assuré sont mesurées par l'intérêt de la société. Et nous formulerons la règle de la divisibilité de la prime de cette façon : l'assuré doit une prime ou cotisation pour le temps où la mutuelle a couvert son risque mais uniquement pour ce temps-là. Règle d'équité, mais basée aussi sur les nécessités techniques de l'assurance, la divisibilité de la prime limite donc la charge en même temps qu'elle l'impose à l'assuré. D'une part, en effet, il devra une cotisation tant que le risque, auquel il était exposé, a été couvert par la mutuelle, même s'il avait voulu ne plus continuer son contrat, sans cependant l'avoir résilié par une forme régulière, ainsi il avait seulement cessé de payer ses cotisations. D'autre part, dès que la mutuelle a cessé de couvrir le risque qu'il avait assuré, il ne peut plus être recherché en paiement, et dans les divers cas de résiliation, il aura droit, s'il a payé d'avance, au remboursement de la partie de la cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle n'a couru aucun risque. Cette solution d'ailleurs est prévue expressément par l'article 32 du décret de 1922. Elle s'impose, en raison du caractère des mutuelles où les assurés mettent en commun des cotisations pour indemniser ceux d'entre eux qui seront sinistrés ; et on ne comprendrait qu'un assuré contribuât à former l'actif d'un exercice alors qu'il n'aurait même pas l'espoir d'en recueillir une part

(18). Elle simpose aussi, car elle résulte des principes de droit et en particulier de celui de la proportionnalité de la prime au risque. Cependant la jurisprudence s'appuyant sur l'art. 351 C. Co, ne l'a pas toujours admis (19) bien qu'on rencontre des décisions en notre sens (20), jusqu'au jour où la Cour de Cassation a consacré le principe que l'assuré ne saurait être obligé à une prestation quand l'assureur n'est tenu à rien (21). Déjà auparavant divers textes législatifs ou réglementaires, et en particulier le décret du 8 mars 1922 avaient reconnu ce principe (22).

§ 2. — EXIGIBILITÉ DES COTISATIONS AU CAS DE FAILLITE OU DE LIQUIDATION D'UNE MUTUELLE

Lorsque la mutuelle est mise en liquidation, pour quelque cause que ce soit (arrivée de la fin de la société ; application de l'art. 34 du décret de 1922), l'assuré va-t-il pouvoir refuser de payer les cotisations qu'il doit ? Les règles de la mutualité imposent à l'assuré le paiement de ces cotisations. Il n'a pas le droit de réclamer la résolution de son contrat, car l'inexécution par la mutuelle de ses engagements envers lui provient ou de son fait personnel ou de celui de ses mandataires (contre qui il peut agir en responsabilité) ; et puis, le fonds social, constitué par les cotisations, est nous le verrons, le gage des tiers qui ont contracté avec la mutuelle. L'assuré ne peut non plus refuser le paiement des cotisations impayées et

(18) Vivante, p. 599 - Cf. V. A. G. art. 25.

(19) Com. Seine 8 janvier et 24 février 1900, R. A. 1900, 346 et 347.

(20) Com. Seine 22 juin 1900, R.A. 1900, 701; civ. Seine 14 décembre 1900, R. A. 1900, 698; Paris 21 mars 1901, R. A. 1901, 175.

(21) Civ. 6 juin 1923, D. 1924.1.25 n. Ripert.

(22) En sens contraire, art. 24, loi suisse du 2 avril 1908.

échues, car il aurait une situation privilégiée, vis-à-vis de ceux de ces coassociés qui les ont payées. La qualité d'associé, aussi bien, a pour conséquence de le constituer débiteur de ses cotisations pour la durée de son assurance, ou si la société se dissout avant que le contrat ait pris fin, jusqu'à cette dissolution. Et le liquidateur pourra poursuivre le paiement des cotisations venues à échéance avant la dissolution, bien que la société fût déjà hors d'état de fonctionner à cette époque (23).

La jurisprudence a toujours autorisé les représentants de la mutuelle, au cas de liquidation, ou le Syndic, au cas de faillite, à poursuivre en paiement de leurs cotisations dues, les assurés.

Dépis la loi du 13 juillet 1930 (art. 18), le contrat prend fin ipso facto un mois après la mise en faillite ou en liquidation judiciaire de l'assureur ; l'assuré reste tenu du paiement des primes échues mais il peut réclamer la portion des cotisations payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

SECTION 3.

LE PRINCIPE DE L'EGALITE DES ADHERENTS

Au cours de notre étude de l'influence du rapport d'association sur les droits et obligations de l'assuré, nous avons rencontré de nombreuses solutions que nous avons expliquées par des règles déduites des caractères des sociétés d'assurances mutuelles, soit en tant que sociétés soit en tant que mutuelles. Ainsi nous avons vu que l'assuré n'avait de droits que dans

(23) Civ. 18 nov. 1885, S. 1886.1.111; 2 août 1893, S. 1894.1.278; 16 mai 1923, S. 1923.1.355.

la mesure où les obligations sociales ne s'y opposent pas, et qu'en revanche ses obligations étaient dictées par l'intérêt social, qui donne leurs limites. Mais il convient de rechercher s'il n'existerait pas, au-dessus de ces règles, un principe général, supérieur, qui les préciserait en même temps qu'il leur fournirait un fondement certain.

Nous avons repoussé nombre de solutions en nous basant sur ce fait que, si on autorisait les assurés à recourir à certains procédés (saisie-arrêt, compensation, etc.), ils en arriveraient à se créer une situation privilégiée par rapport à leurs coassociés. Il semble donc qu'un associé ne puisse avoir un sort meilleur qu'un autre associé, qu'il ne puisse y avoir de préférence entre eux, bref que l'égalité doive régner entre les adhérents des mutuelles (24).

Tel est le principe, principe de l'égalité des adhérents d'une mutuelle vis-à-vis des droits comme des obligations, qui, pensons-nous, doit dominer toute la matière des rapports des sociétés d'assurances mutuelles avec leurs adhérents. Les règles que nous avons dégagées, les solutions que nous avons admises s'expliquent parce qu'elles respectent ce principe fondamental. Car la plus stricte égalité doit régner entre tous les associés d'une mutuelle : il ne doit exister qu'une seule règle pour tous, les statuts. Les membres qui y adhèrent et à qui sont imposées les mêmes obligations, compte tenu des modalités de leurs risques, doivent bénéficier des mêmes droits (25). Ainsi la loi allemande (26) exige l'égalité des contributions des adhérents et des prestations de la société envers eux :

(24) Meurisse p. 72; Maurice Picard, Cours 1934-1935.

(25) Laprade p. 16.

(26) V. A. G. art. 21, titre 3; Ehrenberg, Privatversicherungssrecht, § 4.

tout doit être mesuré suivant les mêmes règles, vis-à-vis de chaque adhérent.

Ce principe découle logiquement de notre définition de l'assurance mutuelle : elle a pour but de réparer les sinistres au moyen de la mise en commun des cotisations ; par suite le contrat d'assurance mutuelle ne peut être une source d'enrichissement pour un adhérent, car ce serait au détriment des autres ; de même tous les assurés sinistrés doivent être soumis à la réduction des indemnités, seul moyen d'assurer l'égalité en respectant le but de la mutuelle. Le traitement doit être égal pour tous, cela tient au fait même de la mutualité (27).

Notre conception de la société d'assurances mutuelles, véritable société, nous conduit de même à faire de l'égalité un principe général et essentiel, ainsi que celui qui règne dans les sociétés anonymes. Dans toute société, mais plus encore dans celle formée intuitu pecuniæ, l'égalité doit être la règle car le fondement de la société est la communauté d'intérêts. Sans doute des lois ont permis aux sociétés par actions de donner des droits préférentiels à certaines catégories d'actionnaires (L. L. 16 novembre 1903, 22 novembre 1913) et l'égalité semble battue en brèche par le droit contemporain. Mais l'existence ou l'autorisation d'inégalités ne veut pas dire la ruine de notre principe et les conflits doctrinaux et jurisprudentiels sur l'interprétation de ces autorisations légales, montrent bien que l'égalité doit être respectée entre les associés et qu'on ne saurait la violer impunément (28). Remarquons d'ailleurs que l'égalité entre actionnaires n'est formulée dans aucun texte, une application en est seulement faite dans l'article 1853 C. Civ., et cependant la juris-

(27) Hagen, *Versicherungsrecht*, Leipzig 1922, dans Ehrenberg *Handbuch des gesamten Handelsrechts*, t. VIII, 1, p. 128.

(28) Cordonnier, *L'égalité entre actionnaires*, thèse Paris 1924.

prudence et la doctrine l'ont toujours consacrée. Si l'on en veut trouver trace dans nos lois, il faut se reporter à celles qui y apportent une dérogation; dans ce cas, en effet, le législateur déclare expressément qu'il entend faire exception au principe d'égalité.

Parfaitement établi en matière de sociétés, le principe d'égalité s'applique donc aux mutuelles, en précisant que nous y voyons non une application du droit des sociétés mais la conséquence essentielle de l'idée de mutualité. Le décret du 8 mars 1922 ne le pose dans aucun de ses articles, mais il est sous-entendu, ainsi pour la répartition des excédents (art. 28) et la réduction (art. 33).

Ayant déjà envisagé de nombreuses conséquences de l'égalité, nous ne saurions y revenir et notre tâche, désormais, va être de chercher ses limites en étudiant, de façon fort inégale d'ailleurs, la création de parts de fondateurs (§ 1), l'émission d'obligations (§ 2) la création de branches autonomes à l'intérieur d'une mutuelle (§ 3) et l'interdiction de stipuler une indemnité au cas de résiliation (§ 4). Rappelons que nous avons déjà rencontré cette question lorsque nous avons défini les droits des associés sur les excédents (*supra* p. 95) et ceux des assurés sinistrés sur les exercices postérieurs (*supra* p. 91) et nous aurons un tableau complet des exceptions possibles au principe de l'égalité. Enfin l'étude des pouvoirs des assemblées extraordinaires, dans le chapitre suivant, nous montrera comment et dans quelle mesure elles peuvent y déroger.

§ 1. — LA CRÉATION DE PARTS DE FONDATEURS.

Au premier abord, il semble assez extraordinaire qu'on puisse rencontrer des parts de fondateurs dans les mutuelles, sociétés civiles, excluant toute idée de

bénéfice. Mais cependant leur validité est reconnue en doctrine et en jurisprudence (29); en effet, lors de sa constitution, une mutuelle a besoin d'argent tant pour en payer les frais que pour pouvoir commencer à fonctionner. Si les fondateurs, les premiers associés, fournissaient les sommes nécessaires, on admettait que la mutuelle pût leur concéder des avantages particuliers, par exemple un tant pour cent sur le montant des primes encaissées. Aucune prohibition légale n'y faisait obstacle.

Nous pensons, au contraire, qu'on n'aurait jamais dû autoriser la création des parts de fondateurs dans les mutuelles. En effet, concéder à certains associés des avantages particuliers, est rompre l'égalité. Pourquoi payer plus cher une avance de fonds provenant d'un associé que celle qui viendrait d'un tiers ? Ou bien le fondateur a prêté une somme dont il touche un intérêt équitable — celui pratiqué à ce moment sur le marché de l'argent — et l'opération nous semble régulière, ou bien il lui a été concédé des avantages particuliers qui rompent l'égalité nécessaire entre les adhérents. Personne ne doit tirer de bénéfices d'une mutuelle et le fondateur avait, dans sa qualité même de futur assuré de la mutuelle qu'il contribue à créer, un intérêt suffisant pour faire une avance d'argent, qui devra seulement lui être remboursée, et qui expliquait assez les services qu'il avait pu rendre à cette époque. Ou bien il avait un but spéculatif, inadmissible dans une mutuelle.

Une telle situation fit naître des abus, d'ailleurs inévitables. Des mutuelles furent créées uniquement pour rapporter à leurs fondateurs de copieux émoluments sous forme de pourcentage attribué aux parts

(29) Req. 6 juillet 1905, S. 1908.1.289, n. Wahl; Civ. 29 mars 1909, S. 1910.1.241, n. Wahl.

délivrées en contre-partie des frais de premier établissement ; ces frais, d'un autre côté, étaient sciemment exagérés, d'où difficulté de les amortir et ruine fréquente de la société. Aussi le décret de 1922 a-t-il interdit de stipuler aucun avantage particulier au profit des fondateurs (art. 2, al. 6), solution radicale mais heureuse ⁽³⁰⁾. Quant aux parts déjà créées, elles disparaîtront soit avec la mort de leur titulaire soit au terme qui leur avait été fixé.

Le Conseil d'Etat, d'ailleurs, semble bien décider que les caractères des mutuelles excluent la possibilité de créer des parts de fondateurs, puisqu'il soumet les sociétés où celles-ci existent et sont rémunérées au moyen d'un pourcentage des cotisations, aux taxes dont sont exonérées les mutuelles ⁽³¹⁾. Une telle solution est certes critiquable car elle soumet à de lourdes charges les mutuelles pour les parts créées licitement avant 1922; nous l'approuvons cependant en droit car, à notre avis, une telle création est en contradiction avec les caractères propres aux mutuelles et rompt l'égalité entre adhérents.

§. 2 — L'ÉMISSION D'OBLIGATIONS

Il faut bien poser, au début de ces explications, que nous voulons envisager l'emprunt émis par une mutuelle seulement dans la mesure où il peut constituer une exception au principe d'égalité et rechercher si en pareil cas, il peut être admis.

La licéité de l'émission d'obligations par une société d'assurances mutuelles a fait l'objet d'une lon-

(30) La loi du 4 février 1932 a reproduit cette prohibition pour les mutuelles-vie (art. 3).

(31) C. E. 13 juillet et 25 novembre 1932, A. M. 1933, 90.

gue controversée, mais la doctrine ⁽³²⁾ et la jurisprudence ⁽³³⁾ ont fini par l'admettre. Et c'est cet état de choses que vint consacrer le décret du 8 mars 1922 dans son article 25 (modifié par le décret du 27 juillet 1922) qui autorise les mutuelles à émettre des emprunts soit pour faire face aux dépenses de premier établissement ou de développement ultérieur de la société, soit pour constituer un cautionnement, exigé par exemple pour les sociétés pratiquant l'assurance des accidents du travail. C'étaient d'ailleurs les cas où s'étaient jadis élevées des difficultés ; mais d'autres cas s'étaient aussi présentés, doit-on aujourd'hui les écarter.

Au cours de ses premières années d'existence, une mutuelle subit un très lourd déficit par suite d'un trop grand nombre de sinistres. Ou bien, pour quelque motif que ce soit (retard dans le paiement des cotisations, etc.) elle ne peut verser qu'un dividende infime à ses adhérents. Ceux-ci subissent donc un dommage important et, d'autre part, la mutuelle risque de tomber en déconfiture. Pour remédier à cela, un emprunt est émis, dont le montant servira à payer aux sinistrés les indemnités auxquelles ils devraient avoir droit, si la société avait encaissé toutes ses cotisations ou avait eu le temps de se constituer des réserves. Ce procédé n'affecte en rien les principes de la mutualité, mais il en est autrement de sa réalisation. L'emprunt, ainsi émis, doit être amorti et il ne devra l'être qu'avec les ressources de l'exercice auquel il a profité. Autrement, en effet, les adhérents postérieurs devraient, chaque année, participer à cet amortissement, ce qui

(32) *Astresse* n° 202 s.; *Savary* n° 37; - en Italie, la solution contraire prévaut, *Vivante* p. 592.

(33) *Douai* 15 mai 1844, *S.* 1844.2.403; *Paris* 7 juin 1883, *B. S.* 2, 30; *Civ.* 18 nov. 1885, *J. S.* 1891, 60; *Lyon*, 3 avril 1903, *Mon. jud. Lyon* 24 juin 1903; *Civ.* 4 juin 1924, *J. S.* 1927, 451.

romprait l'égalité. Une jurisprudence bien établie a toujours exigé cette condition d'amortissement pour valider l'opération (34). Au contraire, elle s'est toujours refusée à approuver les emprunts des mutuelles lorsqu'ils étaient pour celles-ci le moyen ordinaire de couvrir les sinistres, car non seulement l'égalité n'existait plus, mais encore la mutualité n'était plus qu'une simple apparence (35).

Le décret de 1922 a donné une solution définitive à cette question en limitant impérativement à deux cas le recours à l'emprunt, de la part d'une mutuelle. On peut le regretter, croyons-nous, car, dans certains cas exceptionnels que nous envisagions plus haut, il peut y avoir intérêt à ne décourager ni les adhérents sinistrés, ni la société elle-même, quand elle présente des garanties sérieuses et que les charges d'un exercice risquent de la frapper sans merci. Un emprunt, réparant les pertes subies par les adhérents, et amorti par ceux-là mêmes qui en ont profité, ne contrevenait ni au principe d'égalité ni aux autres règles de la mutualité.

§. 3 — LA CRÉATION DE BRANCHES AUTONOMES A L'INTÉRIEUR D'UNE MUTUELLE.

Lorsque, les fondateurs d'une mutuelle, veulent donner une certaine indépendance à une assurance spéciale qu'ils entendent exploiter, plusieurs procédés s'offrent à eux.

Le plus parfait est, évidemment, la création d'une société exploitant uniquement cette forme particulière d'assurance. Cette société est intièrement indépen-

(34) Paris 7 juin 1883 préc.; Civ. 18 nov. 1885 préc.

(35) Req. 28 nov. 1892, B. S. 1, 134; civ. Seine 25 fév. 1898, B. S. 3, 456; corr. Seine 14 fév. 1920, Rec. jur. soc. 1920, 241.

dante, elle a la personnalité morale, elle a ses organes propres, ses réserves propres, en un mot le relief qu'on voulait donner à cette assurance est totalement obtenu. Mais nous le verrons, cette solution a des inconvénients. Aussi, beaucoup plus simplement, certaines mutuelles décident-elles d'établir un compte spécial par branche d'assurance exploitée ; remarquons d'ailleurs que c'est le cas général, toute société d'assurances ayant intérêt à se rendre compte du rendement des diverses branches qu'elle exploite. Ce procédé permet même de répartir les excédents de recettes uniquement aux adhérents des branches en ayant donné (infra p. 155). En tout cas, il n'y a là qu'une complication purement intérieure, de la comptabilité et à laquelle adhérents ou tiers n'ont rien à connaître, car elle ne les concerne pas, sauf le cas de répartition des bénéfices, que nous envisageons à l'instant. La société pourra mieux contrôler sa gestion, mais toutes les assurances sont confondues dans une exploitation unique.

Enfin, il est un procédé intermédiaire, donnant beaucoup moins d'indépendance que la création d'une société particulière, mais beaucoup plus qu'un simple compte spécial : c'est la création de branches autonomes à l'intérieur d'une mutuelle. Nous entendons par là une branche d'une mutuelle, exploitant une assurance d'une nature particulière, et ayant, à l'intérieur de cette société, une existence assez indépendante pour lui permettre d'avoir sa comptabilité, ses réserves, sur lesquelles la société n'a aucun droit, et surtout pour qu'elle puisse se déclarer non solidaire des autres branches de la société. La question est fort controversée (36) et la jurisprudence n'a pas

(36) Elle n'a été envisagée que par MM. Ancey et Sicot (op. cit. p. 122), mais sans être étudiée ; au contraire, dans de nombreuses consultations, des jurisconsultes ont admis la possibilité d'une telle création (Félix Bonnet et Houpin, *Astresse et Chaufton*, Joseph Hémard) ou s'y sont refusés (Percerou, Amiaud) ; citons aussi dans ce dernier sens : Maurice Picard, *Cours 1935-1935*.

encore été appelée à prendre parti. Aussi, allons-nous l'étudier en recherchant d'abord le fondement de l'indépendance des branches autonomes d'une mutuelle (a) et les conditions de cette indépendance (b) puis nous en déterminerons les effets (c) et nous en préciserons les limites (d).

a) *Fondement de l'indépendance
des branches spéciales d'une mutuelle.*

Nous avons dit qu'il n'y avait de branche autonome qu'autant qu'elle exploite une forme particulière d'assurance. En pratique, aussi bien, on ne songe à donner l'autonomie qu'à une assurance présentant des conditions techniques particulières qui ne lui permettent pas d'être confondue avec les autres assurances ordinaires ; ce sera le cas, par exemple, de l'assurance professionnelle des notaires, des avoués ou des conservateurs des hypothèques. Ces conditions techniques très spéciales nécessitent une quasi indépendance et non la création d'une société nouvelle. En effet, une telle société doit, d'abord, remplir les conditions prévues au décret de 1922 pour être créée, puis, elle obligera à des frais de constitution et de publicité qui feront double emploi avec ceux exposés pour la société exploitant les branches ordinaires d'assurance. D'autre part, comme cette société aurait une existence distincte, elle aurait des frais distincts et par suite le prix de sa garantie en serait augmenté. Tandis que, si une branche autonome d'une mutuelle, exploite cette assurance, elle pourra obtenir un rendement plus élevé avec un coût moindre, car elle profitera de tous les services généraux de la mutuelle (recherche des assurés, paiement des sinistres, etc.), ce qui réduira considérablement ses frais propres. Tel est le côté pratique, nullement

négligeable, et qui milite en faveur de la création de branches autonomes.

Quant au point de vue théorique, ou plus exactement, juridique, l'évolution du droit moderne doit nous conduire à adopter cette forme particulière d'indépendance relative.

Il ne peut s'agir de donner à une branche autonome une personnalité distincte de la société dont elle fait partie. Elle n'a pas d'organes de représentation qui lui permettent d'avoir une vie indépendante de la mutuelle et les formalités constitutives n'ont été remplies qu'une fois, lors de la création de cette mutuelle. Seule la mutuelle a la personnalité morale et elle englobe, à ce point de vue, toutes les branches d'assurances qu'elle exploite.

La question qui se pose est donc beaucoup plus limitée et plus précise : une personne morale — en l'espèce une société d'assurances mutuelles — peut-elle, par sa propre volonté, créer à l'intérieur d'elle-même un ensemble de biens qui échappera à l'action de toute personne — assuré ou tiers — à qui il n'est pas formellement reconnu un droit à son encontre. D'une manière plus simple, nous dirons, une mutuelle peut-elle réserver exclusivement aux adhérents d'une branche particulière, le patrimoine de cette branche.

Deux principes viennent se heurter quand on cherche la solution de cette question : celui de l'unité du patrimoine, celui de la libre convention des parties.

Vieux principe traditionnel, l'unité du patrimoine est, chaque jour davantage, battue en brèche par le droit moderne ; il demeure, sans doute, mais les exceptions deviennent si nombreuses qu'on est en droit de se demander ce qu'il en reste. « De plus en plus s'accrédite cette idée que la même personne peut être à la tête de plusieurs universalités de biens »,

écrit M. Josserand ⁽³⁷⁾ et déjà M. Maurice Picard avait écrit : « Notre droit tend justement à reconnaître qu'il y a patrimoine là où il y a une masse de biens affectés à une destination commune, que par suite une personne peut avoir plusieurs patrimoines » ⁽³⁸⁾. Et faut-il citer les cas, sans cesse plus nombreux, où une même personne se trouve à la tête de plusieurs patrimoines, cas prévus par la loi ou admis par la jurisprudence : séparation des patrimoines au profit de l'héritier bénéficiaire ; patrimoine dotal et patrimoine paraphernal de la femme mariée sous le régime dotal ; biens réservés de la femme mariée.

Et le principe de la libre convention des parties vient renforcer notre thèse : une personne peut parfaitement stipuler, par dérogation à l'art. 2092 C. Civ., que son cocontractant ne pourra le poursuivre que sur certains de ses biens, les autres étant mis à l'écart de toute poursuite.

De même qu'une personne physique, une personne morale peut avoir plusieurs patrimoines ; il en est à plus forte raison de même pour les personnes morales, êtres anonymes, collectifs et dont la composition réelle est sans cesse variable. Chaque masse de biens, affectée à un intérêt particulier, doit pouvoir obtenir les caractères d'un véritable patrimoine et, surtout, son indépendance. Le contrat de société, en effet, n'est pas un contrat conclu entre deux personnes seulement, il y a, en quelque sorte, un caractère statutaire « il se propage à l'extérieur et fait la loi des tiers eux-mêmes » ⁽³⁹⁾. Ce contrat étant publié, les tiers se verront opposer les stipulations qui

(37) Cours de droit civil, t. I, n° 655.

(38) Planiol et Ripert, tr. pratique de droit civil, t. I par Maurice Picard, n° 20 ; Cf. Joseph Hémard, Précis de droit civil, t. I, 2^e éd. n° 220.

(39) Thaller et Perceron. Tr. de droit commercial n° 315.

y sont contenues, qu'ils devaient connaître et qui doivent leur être appliquées quand ils contractent avec la société.

Comme toute société, les mutuelles sont soumises à une large publicité lors de leur constitution (art. 44 et 45 d. 1922). Par suite les tiers ont connu, lorsqu'ils contractaient avec la mutuelle, les clauses qui pourraient limiter leurs droits et ils étaient libres de ne pas contracter ; s'ils n'ont pas pris connaissance des statuts, ils ont commis une négligence qui ne saurait les faire échapper à la règle commune.

Quant aux adhérents, qu'ils soient assurés de n'importe quelle branche de la mutuelle, ils ont dû prendre connaissance des statuts obligatoirement avant de signer leur police et celle-ci doit, en outre, mentionner la remise d'un exemplaire entier des statuts (art. 20, d. 1922).

Telles sont, pensons-nous, les raisons pour lesquelles l'indépendance des branches spéciales de mutuelles doit être admise ; mais plusieurs conditions doivent être remplies pour que puisse exister cette indépendance, conditions que nous allons préciser.

b) *Conditions.*

Le seul fait de l'établissement d'un compte spécial par les statuts, ne fait pas échapper les biens qu'il concerne au régime du patrimoine social, quoiqu'une affectation particulière leur soit donnée. En principe, les comptes spéciaux figurent à l'intérieur du bilan général, et la société conserve sur eux tous ses droits comme sur tout l'actif social. Il n'en est autrement que si cet ensemble de biens, élément du compte spécial, a été détaché du patrimoine social et ceci objectivement, au vu et au su de tous. Aussi, nous admettons qu'une branche d'une mutuelle puis-

se être indépendante, mais seulement lorsqu'elle remplit les 3 conditions suivantes :

1° *Déclaration de l'indépendance de la branche spéciale lors de la création de la société d'assurances mutuelles.* — Cette indépendance devant être une solution assez exceptionnelle, elle doit être strictement réglementée. Aussi, il est nécessaire que les fondateurs de la mutuelle, au moment même où ils la créent, manifestent la volonté de réaliser une branche (ou plusieurs branches) spéciale et indépendante, c'est-à-dire non solidaire des autres branches sociales. Ceci répond à un double but ; en premier lieu, cette particularité sera plus facile à connaître par tous les intéressés, si elle est réalisée dès le début de la société ; surtout il serait trop difficile et trop injuste de donner l'indépendance à une branche au cours de l'existence de la société. En effet, il faudrait porter une telle modification à la connaissance de tous les associés et nous verrons, en examinant les pouvoirs des assemblées générales concernant les changements à apporter aux statuts, toutes les difficultés soulevées par une telle décision. Puis, à un autre point de vue, ce serait donner à une mutuelle en difficulté et dans laquelle une branche d'assurance est, au contraire des autres, très prospère, le moyen de mettre les assurés de cette branche à l'abri des vicissitudes dont les autres associés pourront être appelés à souffrir : ce serait rompre l'égalité.

Cette volonté, formellement manifestée, dès la création de la mutuelle, permettra une claire rédaction des statuts, prévoyant une réglementation précise de l'indépendance de la branche spéciale et chaque adhérent sera ainsi prévenu, dès l'abord, de la limite de son engagement.

2° *Exploitation spéciale, nécessitant un patrimoi-*

ne propre. — Il est indispensable que la branche indépendante ait une activité assez distincte de celle de la mutuelle, pour justifier l'existence d'un patrimoine propre, mais cette activité doit naturellement rentrer dans le cadre général de celle de la mutuelle.

De même qu'il faut une exploitation spéciale pour qu'il y ait une masse de biens distincte, il faut que cette masse de biens soit affectée à l'activité de la branche spéciale. Activité distincte, patrimoine distinct — techniquement et statutairement — ces deux conditions sont nécessaires pour réaliser une branche indépendante. Parce qu'elle s'occupe d'une forme tout à fait particulière d'assurance, cette branche de la mutuelle aura ses ressources propres comme ses dépenses propres et les réserves qu'elle pourra constituer seront la propriété de ses adhérents et non de la mutuelle.

3° *Publicité.* — De même que les statuts, les clauses qu'ils contiennent, concernant l'indépendance des branches spéciales de la mutuelle, seront publiées en application des règles du décret du 8 mars 1922. Tout intéressé sera donc à même de connaître ces clauses, de même qu'il peut connaître les dispositions particulières renfermées dans les statuts d'une société d'assurances ou autre. Mais, en outre, avons-nous dit, chaque adhérent reçoit un exemplaire des statuts et en demander un à la mutuelle avec laquelle il veut contracter, est, pensons-nous, la précaution qui viendra naturellement à l'esprit de tout tiers.

Nous pensons que cette publicité légale est parfaitement suffisante pour faire connaître à tout intéressé les clauses statutaires concernant l'indépendance des branches spéciales et, par suite, les lui rendre opposables. Les caractères du contrat de société imposent cette solution. Néanmoins, une sage précau-

tion, destinée à éviter toute contestation entre les adhérents de la branche indépendante et les tiers qui ont contracté avec la mutuelle, sera de reproduire dans ce contrat les dispositions essentielles concernant les branches spéciales. Précisons bien que ce ne sera qu'une précaution pour écarter tous litiges, car, pour nous, la publicité légale est suffisante. Si l'on exigeait cette insertion comme seule valable pour que la non solidarité soit opposable à tout intéressé, on en arriverait à ce résultat paradoxal de laisser le directeur de la mutuelle libre d'engager ou non la branche spéciale suivant son bon plaisir. Quant aux contrats d'assurance passés avec les adhérents de la mutuelle ou de la branche spéciale, cette reproduction des clauses statutaires est inutile dans la police, puisque, par le fait même qu'ils contractent, ils acceptent de se voir opposer le contenu des statuts.

Telles sont les conditions sans lesquelles il ne saurait y avoir de véritables branches spéciales, indépendantes. Elles procèdent toutes de la même idée : il faut que ces branches soient une réalité et non pas une fiction, créée dans un but quelconque. C'est pourquoi une volonté précise doit être manifestée par les fondateurs de la mutuelle au moment de sa constitution ; de même un ensemble de conditions techniques et économiques doit expliquer l'indépendance de la branche spéciale qui, enfin, doit se révéler tant aux adhérents qu'aux tiers par la publicité prévue par la loi. Sans doute on a objecté que la publicité par les statuts d'une telle modalité, ne suffisait pas, car certaines clauses statutaires quoique publiées, sont inopposables aux tiers qui ont contracté avec la mutuelle. Ainsi en est-il de la fixation par les statuts du maximum de cotisation applicable aux frais de gestion (art. 23, d. 1922) ; les tiers qui ont un recours contre la mutuelle pourront exercer aussi bien leurs

droits sur cette partie de la cotisation que sur celle réservée au paiement des sinistres. Mais, ce n'est qu'une opération comptable, destinée à empêcher l'exagération des frais de gestion, une distinction purement intérieure à laquelle les tiers ne sont nullement intéressés et qu'on ne leur peut opposer. Il en est tout autrement de la création d'une branche spéciale indépendante, une des bases du contrat de société, expression d'une réalité et d'une nécessité pour le fonctionnement de la branche particulière.

c) Effets.

Ayant ainsi réglé strictement les conditions indispensables pour pouvoir donner aux branches spéciales l'indépendance nécessaire, il nous faut rechercher quels sont les effets de cette indépendance. Et tout naturellement, nous envisagerons ces effets vis-à-vis des adhérents de la branche spéciale (1°) auxquels elle profite, et vis-à-vis des coassociés et des tiers (2°) auxquels elle est opposable. La distinction traditionnelle entre parties et tiers ne peut être employée ici, car en l'espèce les parties sont tous les adhérents de la mutuelle et cependant ces adhérents ont un sort différent suivant qu'ils se rattachent à la branche spéciale considérée, ou à une autre branche spéciale ainsi qu'à la mutuelle en général, ces deux dernières catégories ayant le même sort que les tiers. Enfin, nous envisagerons les effets de l'indépendance d'une de ses branches vis-à-vis de la mutuelle elle-même (3°).

1° Les effets vis-à-vis des adhérents de la branche spéciale indépendante.

Le fait même de l'indépendance conduit à créer, à l'intérieur de la branche spéciale, une assemblée et un comité, dont les adhérents pourront faire partie suivant la réglementation prévue, outre leur droit de

participer aux assemblées et à l'administration générale de la mutuelle.

Des comptes spéciaux à la branche autonome permettront d'établir recettes et dépenses et par suite excédents ou déficits.

Les excédents de recettes. — Les ressources de la branche autonome étant constituées par les cotisations de ses membres, il est naturel de décider que ceux-ci seuls pourront prétendre à une part dans les excédents de recettes. C'est une solution parfaitement en accord avec l'art. 28 d. 1922, d'autant plus qu'il est admis que certaines mutuelles ne répartissent leurs excédents qu'entre adhérents de branches ayant procuré un bénéfice.

Les réserves. — Avant même de répartir les excédents, les branches spéciales devront se constituer des réserves car, à ce point de vue, leur indépendance ne les fait point contribuer aux réserves de la mutuelle et par suite elles ne peuvent ni en faire état ni en profiter. Il est difficile de déterminer exactement les droits de la branche autonome ou de ses adhérents sur les réserves. La branche n'ayant pas la personnalité morale ne peut avoir la propriété de ses réserves, au sens précis du mot. Elles ne peuvent être non plus la propriété de chaque adhérent, pris individuellement, on ne saurait aussi bien concevoir qu'un adhérent se retirant de la branche spéciale veuille réclamer sa part dans les réserves. C'est une solution aussi inadmissible que de permettre à la branche autonome, reconnue propriétaire des réserves, de se retirer à son gré de la mutuelle en emmenant également ses réserves. Il faut admettre un droit de propriété, collectif, appartenant aux adhérents de la branche spéciale, mais limité par la destination même des réserves.

ves (40). Par suite, les droits des adhérents de la branche spéciale sur les réserves prévues par le décret de 1922 sont assez réduits, alors qu'ils sont beaucoup plus larges pour les autres réserves qu'une mutuelle est toujours libre de se constituer.

a) *Les réserves prévues par le décret de 1922.* -- Dans cette catégorie rentreront d'abord les réserves pour risques en cours, sinistres à régler, amortissement des obligations (art. 26). Pour cette dernière, il n'est pas question d'une émission d'obligation faite par une branche autonome en son nom, mais d'un emprunt fait par la mutuelle avec affectation à cette branche, dans les limites de l'art. 25. Mais à ces réserves, il convient d'ajouter la réserve complémentaire, que les mutuelles ou leurs branches peuvent constituer facultativement, alors que les autres sont obligatoires (art. 27). Toutes ont une destination expressément réglée par le décret de 1922 et l'Assemblée Générale ou le comité directeur d'une branche spéciale n'y peuvent faire échec. Pendant la durée de la société, elles suivront cette destination et seule la dissolution de la société — à condition qu'il ne reste plus de polices encore en cours — peut leur retirer leur raison d'être. A ce moment ou bien s'appliqueront des dispositions statutaires concernant leur attribution, dans le cadre des règles de l'art. 27 ou bien ces règles mêmes seront suivies. Ces réserves ayant été réglementées impérativement par le décret de 1922 dans l'intérêt supérieur de la mutualité, il convient de les respecter et par suite les adhérents des branches autonomes n'ont sur elles que des droits très réduits : soit de s'en servir, à l'exclusion des au-

(40) En pratique, ces réserves sont représentées par des valeurs portant mention de la branche qui a fourni les fonds nécessaires à leur achat.

tres branches, lorsque les sinistres auront dépassé les prévisions (art. 27) soit de proposer à l'assemblée générale de la mutuelle, lors de sa dissolution, l'emploi du reliquat, à condition que les statuts leur aient donné ce droit.

b) *Les réserves non prévues par le décret de 1922.* — Toute mutuelle peut se constituer d'autres réserves facultatives, ainsi pour fluctuation de valeurs. Constituées avec des excédents de recettes non répartis, il est bien évident qu'elles peuvent, par une décision semblable à celle qui les a créées, soit être affectées à une autre destination, soit même être réparties entre les adhérents, à n'importe quel moment. Ici, les adhérents disposent d'un droit de propriété collectif, mais parfait, car cette distribution d'excédent ou son affectation ne rencontre aucun obstacle légal.

2° *Effets vis-à-vis des coassociés et des tiers.*

C'est dans les rapports des adhérents d'une branche spéciale indépendante avec les autres adhérents de la mutuelle et les tiers qui ont contracté avec celle-ci, que nous allons voir les effets les plus importants de l'indépendance de cette branche spéciale. Pour qu'il y ait autonomie, il faut qu'il y ait absence de solidarité entre la branche spéciale et la mutuelle, ce qui se traduira par ce fait que la mutuelle ne pourra obtenir contribution de la branche spéciale aux pertes sociales, et que les tiers n'auront aucun recours contre elles.

Non-contribution aux pertes sociales (41). — Si la

(41) En sens contraire, Ancy et Sicot p. 132; mais ces auteurs semblent envisager plutôt le cas de simples comptes spéciaux que celui de branches spéciales indépendantes.

branche spéciale subit des pertes au cours d'un exercice, il est évident que, par suite de son indépendance, elle ne pourra demander à la mutuelle de les combler. Aussi, lorsque l'inverse se produit, il faut décider que la mutuelle en déficit ne pourra exiger d'une branche autonome, une contribution quelconque ⁽⁴²⁾ de telle sorte que la mutuelle pourra être obligée de réduire ses indemnités au marc le franc, alors que, pour le même exercice, la branche spéciale versera une ristourne à ses adhérents. Deux patrimoines totalement séparés justifient un traitement opposé.

Absence de recours des créanciers sociaux. — De même que de la part de leurs coassociés, les adhérents d'une branche spéciale ne peuvent subir un recours, de même ils ne peuvent être poursuivis par les tiers ayant contracté avec la mutuelle. Les organes représentant la mutuelle et habilités pour l'engager, ne pouvaient excéder leurs pouvoirs et engager une branche déclarée indépendante par les statuts. De plus, ces créanciers savaient — ou devaient savoir, s'ils avaient été le moins du monde diligents — qu'en contractant avec la mutuelle, ils n'auraient point pour gage certains patrimoines indépendants prévus aux statuts. Nous n'admettons pas que ces créanciers fassent valoir l'excuse qu'à leurs yeux tous ces patrimoines étaient absorbés par la personnalité morale de la mutuelle, une publicité est prévue vis-à-vis de tous, les statuts régulièrement publiés sont opposables à tous. Et notre droit moderne ne cesse d'exiger des contractants une prudence et une diligence de plus en plus grandes, en étendant chaque jour davantage la vieille maxime « nul n'est censé ignorer la loi. »

(42) Nous verrons, en étudiant les limites de l'indépendance, comment un remède peut être apporté à cet état de choses.

3° *Effets vis-à-vis de la société d'assurances mutuelles.*

Personne morale, la mutuelle englobe tous les adhérents des branches générales ou spéciales, elle est représentée par un Conseil d'Administration, un Directeur, une Assemblée Générale. A la mutuelle comme à ses adhérents s'impose le respect de l'indépendance des branches spéciales, voulue par ses fondateurs. Mais va-t-elle être tenue en échec par celles-ci lorsque, par l'intermédiaire de son Assemblée Générale, elle voudra modifier ses statuts ? En ce qui concerne les statuts généraux, la décision de l'Assemblée générale — qui comprend, quel que soit le droit d'accès admis par les statuts, des représentants des branches spéciales — s'impose naturellement à tous les adhérents. Il en sera autrement pour les modifications à apporter aux statuts des branches spéciales : le consentement des adhérents de ces branches sera nécessaire pour qu'elles soient applicables.

Il est délicat de fixer avec exactitude la situation de la société par rapport aux branches spéciales. Elle est une sorte d'administrateur d'un ensemble de branches d'assurances, avec des pouvoirs variant suivant ces branches ; de cette gestion elle tire une rémunération mais qui ne peut dépasser le montant exact des frais qu'elle a eu à supporter. Elle met en somme à leur disposition son organisation technique et commerciale — si nous osons ce terme pour des sociétés civiles — moyennant paiement de ses frais, mais elle dispose de certains pouvoirs dans l'intérêt même de l'assurance mutuelle, exploitée tant par elle que par les branches spéciales.

d) *Limites.*

Le but même de l'indépendance d'une branche spéciale doit lui donner sa mesure ; dès l'instant où

ses intérêts particuliers ne sont plus en jeu, mais les intérêts généraux communs à toutes les branches de la mutuelle, l'indépendance n'a plus de raison d'être.

Les frais généraux de la mutuelle. — Profitant de l'activité de la mutuelle, la branche spéciale doit supporter une part des frais de sa gestion. D'ordinaire une répartition est faite entre les branches et les statuts prévoient un prélèvement forfaitaire — 20 % par exemple — sur les cotisations encaissées par chacune. A la fin de l'exercice, une fois les comptes apurés, le solde créditeur ou débiteur sera réparti entre les branches, la société ne conservant pour elle aucun bénéfice mais ne devant subir non plus aucune perte. Toutes les branches auront ainsi intérêt à ce que ces frais généraux soient aussi réduits que possible ; remarquons qu'ils seront toujours — sauf cas exceptionnel — inférieurs à ceux qu'aurait eu à supporter la branche spéciale constituée elle-même en mutuelle distincte.

Fonds de prévoyance commun à toutes les branches. — Lorsque la mutuelle subit des pertes, avon-nous dit, toutes les branches contribuent à combler le déficit, sauf les branches indépendantes. Il est peu souhaitable de voir alors les adhérents de la mutuelle en général recherchés pour un supplément de cotisation alors que ceux de la branche spéciale recevront peut-être une distribution d'excédent. Aussi, une mutuelle comprenant des branches spéciales, pourra-t-elle sagement créer un fonds de prévoyance alimenté par les versements de toutes ses branches et qui viendra en aide à une branche quelconque en déficit : ce sera, en somme, rétablir une solidarité très limitée. Ce fonds réparera les pertes d'une branche, quitte à être reconstitué sur les excédents postérieurs de celle-ci, et lorsqu'une branche ne pourra fournir sa part dans ce fonds, il sera parfaitement permis

à la mutuelle d'augmenter la part contributive des autres branches, même indépendantes, pour y suppléer.

Ajoutons que nous avons vu les droits tout relatifs des adhérents d'une branche spéciale sur les réserves prévues par le décret de 1922 ; mais nous avons admis que s'ils étaient limités par l'intérêt supérieur de l'assurance mutuelle, ils l'étaient surtout par la destination impérative qui leur était donnée par la loi et qui ne pouvait être tenue en échec par une disposition statutaire.

Tels sont les sens qu'il faut donner à l'expression « branches autonomes » et la portée qu'il faut reconnaître à leur création. Beaucoup cependant considèrent qu'admettre cette indépendance est une solution trop hardie et veulent la restreindre, en l'état actuel du droit, à une convention entre associés inopposable aux tiers. Nous pensons au contraire que les effets que nous reconnaissons à une indépendance valablement stipulée, ne heurte aucun principe du droit et doit être consacrée. D'abord les conditions que nous avons reconnues nécessaires à la stipulation de l'indépendance d'une branche spéciale — volonté manifestée lors de la création de la personne morale, exploitation spéciale, nécessitant un patrimoine propre, publicité — restreignent en effet considérablement le champ de telles créations, aux seuls cas où un intérêt véritable est en jeu. Quant aux effets, ils se ramènent en fait à l'absence de recours de la mutuelle en cas de déficit, et à l'absence de recours des créanciers de la mutuelle; et encore, l'institution d'un fonds de prévoyance, commun à toutes les branches, permet de pallier au premier effet. Si bien que tout se réduirait à l'absence de recours des tiers, puisque la branche autonome n'a qu'un droit d'avis pour l'attribution des réserves légales à la dissolution de la

mutuelle. Et les parties au contrat étaient libres de stipuler cette indépendance, de même que par la publicité qui lui a été donnée, cette volonté doit s'imposer à tous ceux qui contractent avec la mutuelle. Indépendance restreinte, conditions strictes pour qu'elle puisse être réalisée, tels sont les caractères des branches autonomes et qui peuvent être admis sans bouleverser les règles actuelles du droit.

§. 4 — L'INTERDICTION DE STIPULER UNE INDEMNITÉ
EN CAS DE RÉSILIATION.

Un moyen, couramment employé en pratique, d'anéantir des clauses prévues en faveur d'un contractant, est de stipuler qu'il devra une indemnité lorsqu'il usera de la faculté qui lui est reconnue suivant la jurisprudence antérieure (43). Les auteurs du décret de 1922 ont voulu empêcher ces procédés plus ou moins illicites en refusant aux mutuelles le droit de stipuler une indemnité au cas de résiliation par l'adhérent dans les hypothèses autorisées par le décret. Cette interdiction est formellement exprimée dans l'art. 32, visant le cas où la mutuelle a exercé son droit de résiliation après sinistre, ce qui ouvre alors à l'adhérent la faculté de résilier ses autres polices souscrites auprès de la mutuelle. Elle résulte de l'esprit du texte, dans l'art. 55, qui donne aux adhérents des mutuelles le droit de résilier leurs polices au bout de chaque période décennale. Permettre en effet d'exiger une indemnité dans ces deux cas de résiliation, c'était porter atteinte à l'égalité de traitement des adhérents. Fixée en pourcentage ou en chiffres absolus, cette indemnité était un obstacle à l'exer-

(43) Re. 10 mars 1913, J. S. 1914, 301 ; civ. Bayeux, 31 juillet 1913, la Loi 26 septembre 1913.

cice du droit de résiliation, qui pouvait arrêter les uns et ne pas arrêter les autres, suivant leur fortune ou leur volonté de quitter la mutuelle (44).

Nous avons ainsi envisagé de quelle façon réagissaient les deux qualités de l'adhérent d'une mutuelle, l'une avec l'autre. C'est en partant du contrat d'assurance qu'il faut résoudre les conflits qui peuvent s'élever et nous avons montré, que le principe, issu de l'idée de mutualité, qui domine tout, est celui d'égalité. En recherchant quelles sont les modifications qui peuvent être apportées aux droits ou aux obligations des adhérents qui peut les réaliser et dans quelle forme, nous allons trouver de nouvelles applications de ce principe.

(44) L'assureur peut cependant stipuler une indemnité égale à une cotisation annuelle, au cas de résiliation par l'héritier ou l'acquéreur de la chose assurée, conformément à l'art 19, L. 13 juillet 1930.

CHAPITRE IV

LES MODIFICATIONS AUX DROITS ET OBLIGATIONS DES ADHERENTS

Les fondateurs d'une mutuelle ne peuvent espérer avoir tout prévu en rédigeant les statuts et en faire un monument « plus durable que l'airain ». La vie d'une société, organisme complexe, l'oblige à se modeler sur la réalité et à tenir compte des changements de toutes sortes qui se peuvent produire. Le législateur, de son côté, sera amené à modifier son œuvre d'un moment après que les années en auront montré ou les imperfections ou la vétusté, et des statuts conformes à la loi qui les régissait lors de leurs rédaction, devront être mis en harmonie avec les textes nouveaux. Création et interprétation incessantes, la jurisprudence va dégager des principes, préciser des solutions qui nécessiteront aussi des retouches dans l'œuvre des fondateurs de la mutuelle. Et c'est pourquoi le décret du 8 mars 1922 — après le décret du 22 janvier 1868 (art. 20) — dans son art. 11, autorise-t-il certaines Assemblées générales à modifier les statuts des mutuelles.

Ce pouvoir ne devait pas être reconnu à n'importe quelle assemblée en raison de son importance (1).

(1) Cf. V. A. G. art. 39.

Il n'est accordé qu'à une Assemblée générale extraordinaire réunissant les trois quarts au moins des sociétaires ayant le droit d'y assister. Le minimum des présents nécessaires à cette assemblée est donc très élevé et la représentation des intérêts de tous les mutuellistes sera assurée si l'on remarque qu'outre ces trois quarts des membres désignés par les statuts, tous les sociétaires pourront être représentés grâce à l'exercice du droit de groupement.

L'alinéa 2 de l'art 11 précise que les résolutions de l'Assemblée générale extraordinaire ne seront valables que si elles sont prises à la majorité des deux tiers des voix des sociétaires présents ou représentés et par là nous entendrons tous les membres de droit que ceux qui assistent à l'assemblée en vertu du droit de groupement.

Emprunt évident au droit des sociétés anonymes, ce pouvoir reconnu aux Assemblées générales extraordinaires des mutuelles d'en modifier les statuts, cadre parfaitement avec la nature juridique que nous avons reconnue à ces sociétés. Nous voyons ainsi de plus en plus comme le législateur assimile les mutuelles aux sociétés. Cependant, en la matière, il existe une fort importante différence : alors que pour les sociétés anonymes la loi du 24 juillet 1867 (art. 31) autorise des *quorum* décroissants quand une première assemblée n'a pu être tenue, le décret de 1922 ne prévoit rien de semblable. Ceci tient à la différence essentielle qui existe entre les sociétés commerciales à but spéculatif et les mutuelles, sociétés spécialisées dans la pratique de l'assurance mutuelle. Il faut en effet que l'adhérent soit protégé contre les modifications que pourrait décider une majorité réduite, car non seulement il peut être appelé à en souffrir comme associé mais aussi comme assuré. Ajoutons, autre différence, que toute limitation de l'accès aux

Assemblées extraordinaires est rejetée dans les sociétés anonymes, alors qu'elle subsiste dans les mutuelles.

Tandis qu'un actionnaire souscrit sa part sociale suivant les conditions imposées à tous les actionnaires, un adhérent d'une mutuelle, assuré en même temps qu'associé, puise ses droits comme ses obligations dans un contrat renfermant à la fois les clauses générales des statuts et des clauses spéciales à ce contrat et nous aurons à envisager comment celles-ci peuvent être modifiées (Section 1). Puis, dans les statuts comme dans les clauses spéciales, figurent certaines dispositions dictées par la loi et que nous étudierons pour déterminer quelles modifications elles pourront subir (Section 2). Il nous restera alors à rechercher les modifications que l'Assemblée générale extraordinaire peut apporter aux statuts ce qui nous amènera à faire la théorie des bases essentielles du pacte social (Section 3). Enfin, dans les Sections 4 et 5, nous étudierons deux questions importantes qui marquent les limites des pouvoirs des Assemblées extraordinaires ; la publicité et la sanction des modifications aux droits et obligations des adhérents.

SECTION I

LES MODIFICATIONS AUX CLAUSES PARTICULIERES DU CONTRAT

Les clauses particulières du contrat d'assurance se présentent d'une toute autre façon que les conditions générales inscrites aux statuts : elles sont débattues librement entre la mutuelle et son assuré. Alors que celui-ci adhère en bloc aux statuts, il peut discuter

les conditions particulières. C'est pourquoi ce que la convention a fait, seule une nouvelle convention peut le défaire ou le modifier. La police a été souscrite pour deux ans, par exemple, on voit mal l'assuré ou la mutuelle, de son seul gré augmenter ou diminuer cette durée. De même, usant de son droit de se faire assurer à une autre société (art. 19, d. 1922) l'adhérent d'une mutuelle ne peut imposer à celle-ci une réduction du capital assuré et par suite de la cotisation qu'il lui verse (2). La jurisprudence a toujours exigé le plein accord des parties pour une modification aux clauses particulières, simple application du droit commun de l'art. 1134 C. Civ (3). Et la loi sur le contrat d'assurance, du 13 juillet 1930 vient rappeler à nouveau dans son art. 8 al. 2, qu'un avenant signé des deux parties est nécessaire pour « toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif. »

Parmi les clauses de la police, figurent certaines dispositions que la loi oblige à y reproduire (supra, p. 30), est-ce à dire que les parties au contrat pourront les modifier par leur commun accord ? Il est bien évident qu'elles ne le pourront puisque ce sont des mentions obligatoires, mais la question se pose de savoir comment elles pourront être modifiées.

SECTION 2.

LES MODIFICATIONS AUX CLAUSES OBLIGATOIRES DU CONTRAT

Par clauses obligatoires ou légales, nous entendons toutes les clauses strictement réglementées par le

(2) Req. 19 juin 1933, S. 1933.1.376.

(3) Req. 13 février 1883, B. S. 1, 8; Civ. 26 février 1935, S. 1935.1.171, première espèce.

décret de 1922, qu'elles figurent en cette forme aux statuts ou qu'elles soient à nouveau reproduites dans la police (4).

Ces clauses, ni l'accord de la mutuelle et de son adhérent ni la volonté de l'assemblée générale extraordinaire ne peuvent les modifier : la loi — en l'espèce le décret du 8 mars 1922, parfois reproduit par la loi du 13 juillet 1930 — a disposé impérativement.

Mais les circonstances de fait changent, le législateur doit les suivre ou leur donner la ligne de leur évolution, aussi des textes nouveaux vont-ils modifier ces dispositions. Le décret de 1922 est venu remplacer celui de 1868 et n'a pas conservé toute sa réglementation : il a ajouté, il a modifié. A certaines de ces clauses que nous appelons légales, le décret de 1922 a apporté des changements notables, il en est ainsi de celles concernant la résiliation et la tacite reconduction.

En ce qui concerne la tacite reconduction, le décret de 1868 n'en faisait qu'une mention obligatoire, le décret de 1922 en fait une clause légale quand il fixe sa durée à une année (art. 55; cf. art. 5 al. dernier L. 13 juillet 1930). Pour la résiliation permise à l'adhérent comme à la mutuelle, elle était quinquennale dans le décret de 1868 (art. 25) depuis 1922, elle est décennale (art. 55). Les statuts des mutuelles, établis conformément au premier décret, ne se trouvaient plus en harmonie avec les nouveaux textes, aussi les sociétés les modifièrent-elles en conséquence. Aussitôt naquit une grave difficulté : les contrats en cours devaient-ils être régis par les statuts en vi-

(4) Elles se distinguent des « mentions obligatoires » que nous avons examinées avec les conditions générales et spéciales de l'engagement, par ce fait que leur contenu même est réglé par la loi.

gueur quand ils furent passés ou, dès la modification des statuts, par leurs nouvelles clauses. Ainsi un adhérent voulant profiter de son droit de résiliation, peut-il l'exercer au bout de 5 années ou au contraire devra-t-il attendre 10 années. Le problème avait un grand intérêt pratique et les controverses ne manquèrent pas.

Il convient d'abord de préciser que, pour nous, le droit de résiliation reconnu à l'adhérent comme à la mutuelle, est un droit expressément indiqué par le décret de 1922 et réglementé par lui. De telle sorte qu'ici, nous n'avons pas à rechercher si l'assemblée générale extraordinaire d'une mutuelle peut modifier une clause légale, elle n'en a pas le droit, mais seulement si, le texte du décret ayant changé, elle va pouvoir l'appliquer, dans sa nouvelle forme, aux contrats en cours. En d'autres termes, l'assemblée générale extraordinaire peut-elle appliquer immédiatement à tous ses adhérents anciens et nouveaux, l'effet d'un texte réglementaire nouveau.

Le problème n'est pas facile à résoudre car il ne s'agit pas d'un conflit de lois dans le temps mais d'un conflit d'intérêts en présence. Il n'y a pas conflit de lois dans le temps, quoi qu'en ait décidé un jugement du Tribunal civil de la Seine, le 18 juillet 1925 (5), car la loi n'exige pas impérativement une modification des statuts; sans doute les mutuelles doivent mettre en harmonie leurs statuts avec les dispositions du décret de 1922, mais pour ce qui concerne la résiliation elles peuvent conserver le délai de 5 ans. C'est en effet le délai maximum de 10 ans qui ne peut être dépassé, mais il peut être diminué. Au contraire, il y a conflit entre les intérêts de la

(5) D. 1925.2.145, n. Lalou; cf. civ. Lyon 6 juin 1929, D. H. 1930, Sommaires p. 17.

mutuelle et de ses membres. Ceux-ci désirent pouvoir résilier à des intervalles assez rapprochés pour ne pas être liés trop longtemps lorsqu'ils veulent quitter la mutuelle pour quelque motif que ce soit, aussi refuseront-ils l'application de la résiliation décennale. La mutuelle, au contraire, veut que ses membres soient liés à elle pour la plus longue durée possible, afin d'accroître sa stabilité et d'éviter des défections ruineuses ; aussi modifiera-t-elle ses statuts afin d'adopter la résiliation décennale. De là sont nés des litiges, aujourd'hui définitivement tranchés.

Deux opinions furent émises que nous allons examiner.

La première s'appuie sur les textes du décret de 1922 : l'art. 11 en effet décide que les modifications régulièrement portées à la connaissance des adhérents leur sont applicables (6). Le décret de 1868 avait admis que deux modifications, concernant la circonscription territoriale et la nature des risques garantis (art. 26) étaient trop graves pour pouvoir être imposées aux associés et permettaient à ceux-ci de résilier leurs contrats. Ces deux exceptions ont disparu du décret de 1922, il faut en conclure que toutes les modifications régulièrement votées par l'assemblée extraordinaire et publiées, sont obligatoires pour les adhérents. Cette solution découle de l'égalité nécessaire entre les associés, tous les mutuellistes doivent être soumis au même traitement, or, si les modifications ne s'appliquaient pas aussitôt aux contrats en cours, personne n'y serait soumis au lendemain du vote, mais seulement les adhérents à venir. Si des modifications ont lieu plusieurs fois, on en arriverait à avoir des groupes d'adhérents soumis à des

(6) Consultation Desforges, R.A. 1925, 80 ; Ancy et Sicot, p. 206 ; Cf. civ. Dijon 25 mars 1926, R. A. 1926, 253 ; civ. Seine 9 janvier 1929, S. 1930.2.145.

règles différentes, ce qui créerait des complications évidentes. Et surtout, un grave danger naîtrait du fait que les membres de l'assemblée extraordinaire ne seraient pas soumis aux règles qu'ils ont votées et l'expérience montre, chaque jour, comment une assemblée admet facilement toutes sortes de modifications quand elle sait que ses membres n'en souffriront pas. Enfin on ne peut objecter que cette solution augmente la durée de l'engagement de l'adhérent car il est admis, dans les sociétés anonymes que cette durée peut être prorogée. Telles sont les raisons de droit et de fait qui militent en faveur de l'application immédiate de la résiliation décennale aux mutualistes; nous ne les admettrons pas et nous nous rangerons du côté des auteurs et des arrêts qui repoussent cette application immédiate des décisions de l'assemblée extraordinaire. D'ailleurs le rapport au Président de la République sur le décret de 1922 porte que « il va de soi que les contrats d'assurance ne sauraient être modifiés en aucune manière par le décret nouveau ».

La seconde opinion, qui a rallié les suffrages de la doctrine (7) et de la jurisprudence (8) refuse à l'assemblée extraordinaire des pouvoirs illimités et ne lui permet point de modifier les éléments essentiels de l'engagement de l'adhérent. Le délai de résiliation, obligatoirement reproduit dans la police, prend ainsi une nature contractuelle et l'adhérent a le droit de le voir maintenir à son profit malgré une modifica-

(7) Consultation Rousset, Labbé, Lussan, R. A. 1924, 289; Lyon-Caen, Renault et Amiaud, 5^e éd., t. II, 2^e partie, n^o 956; Mcurisse p. 56; M. Picard cours 1934-1935, et les notes de jurisprudence citées à la note suivante.

(8) Douai 18 octobre 1927, R. A. 1927, 275 ; Paris 9 juin 1928, R. A. 1928, 210; Req. 30 décembre 1929, S. 1930.1.345 n. Sudre, R. G. 1930, 540, n. M. P.; Req. 23 novembre 1931, S. 1932.1.209 n. Gé-gout, R. G. 1932, 51.

tion régulièrement votée par l'assemblée générale.

Est-ce à dire que le délai de la résiliation devrait rentrer dans les clauses spéciales ? Nous ne le pensons pas, car il figure d'abord aux statuts; il est donc à la fois une clause spéciale et une condition générale. Nous l'appelons clause légale parce qu'il est impérativement réglementé en ce qui concerne son maximum, et nous admettons qu'il ne puisse être changé par l'assemblée extraordinaire, même en exécution d'une loi nouvelle, parce que c'est la loi elle-même qui en fait une des conditions que l'adhérent a en vue en contractant, lorsqu'elle oblige à préciser le délai de résiliation aux statuts et à la reproduire dans la police.

Les mêmes motifs valent pour laisser à l'adhérent le droit d'user de la résiliation quinquennale tout au long de son contrat, lorsque celui-ci a été passé antérieurement au décret de 1922. On a vainement essayé de soutenir que s'il avait laissé passer la première période quinquennale sans résilier, il était censé avoir implicitement accepté de se voir appliquer le délai de 10 ans ⁽⁹⁾. Cette solution était repoussée par les tribunaux ⁽¹⁰⁾ et la doctrine ⁽¹¹⁾ ; l'argument de l'uniformisation du traitement des mutualistes et des simplifications qui en résulteraient n'était guère convaincant et surtout on ne pouvait adopter une telle solution sans poser qu'un nouveau contrat naissait au moment de l'échéance du délai de résiliation, ce qui n'est pas soutenable. On ne peut

(9) Consultation Rousset, Labbé, Lussan préc.; cf. Paris 9 juin 1928 sous Req. 30 décembre 1929 préc.; civ. Seine 9 janvier 1929, S. 1930.2.146; paix Le Mans 12 mars 1932, R. G. 1932, 486.

(10) Civ. Blois 31 juillet 1931, R. G. 1931, 999 n. M. P.; civ. Béziers 27 mai 1932, R. A. 1932, 128; Orléans 7 février 1933, D. H. 1933, 189; Montpellier 30 novembre 1933, R. G. 1934, 332; Paris 27 décembre 1933, Rec. civ. not. 1934, 402.

(11) Sudre, n. S. 1930.1.347; Meurisse, p. 57.

présumer que l'adhérent renonce à son droit par le seul fait de son silence, il faut au contraire lui maintenir ce droit, jusqu'à ce qu'il y ait renoncé expressément. Et la chambre civile de la Cour de Cassation, par deux arrêts, confirmait cette opinion le 26 février 1935 (12) se refusant à retirer aux adhérents un droit qu'ils tenaient de leur contrat et un droit que la loi jugeait essentiel au point d'en exiger mention à la fois dans les statuts et dans la police. « Un contrat successif fait pour un certain temps, déclare la Chambre civile dans le deuxième arrêt, avec réserve à chaque partie de la faculté de résiliation unilatérale au terme de périodes de durée indéterminée, constitue un contrat unique dont les clauses produisent tout leur effet jusqu'à son expiration normale ou sa résiliation sans qu'elles puissent être modifiées autrement que par la volonté concordante des deux parties. »

Pour ce qui est de la tacite reconduction, que le décret de 1922 fixe à un an au maximum (art. 55), la solution opposée doit être admise : dès que l'assemblée extraordinaire aura mis ses statuts en harmonie avec le décret, aucun contrat d'assurance ne pourra être reconduit pour plus d'un an. Cette solution, qui est critiquée par certains (13) ne peut cependant être mise en doute (14). On a vainement essayé de refuser l'application immédiate du décret de 1922 en l'espèce, en soutenant que ce serait le rendre rétroactif (15). Le principe de la non rétroactivité des lois n'a encore rien à voir ici. Un adhérent souscrit une police pour 10 ans, en 1915, renouvelable

(12) S. 1935.1.171.

(13) Sainctelette, R. A. 1923, 155; Ancey et Sicot, p. 200.

(14) Paris 21 novembre 1929, R. G. 1930. 325 n. M. P.; Civ. 26 novembre 1929, *ibidem* et S. 1930.1.345 n. Sudre.

(15) Besançon 26 janvier 1924, R. A. 1924, 14; Caen 10 mars 1928, Rec. Rouen 1928.2.84.

par tacite reconduction d'une durée de 10 ans ; en 1925, son contrat ne va pas se continuer pour 10 ans, mais il va cesser. Seulement, l'accord tacite des parties va faire revivre un contrat identique — auquel le décret de 1922 va s'appliquer — pour un an. Comme l'a justement dit la Cour de Paris, le 21 novembre 1929 « la clause de tacite reconduction ne saurait être invoquée par la société comme un droit acquis, mais seulement comme l'amorce éventuelle d'un ou plusieurs contrats de même durée, dont chacun se trouvera formé par un nouvel accord tacite des parties, lors de l'expiration du précédent ». La tacite reconduction d'un contrat d'assurance doit être analysée en la conclusion d'un contrat nouveau, car « elle emprunte sa force obligatoire, disait la Chambre civile le 26 novembre 1929, non au contrat d'origine dont la durée est limitée, mais à l'accord tacite en vertu duquel les effets du contrat sont prorogés ». Cette argumentation qui s'appliquait aux compagnies peut être appliquée intégralement aux mutuelles.

Toute cette jurisprudence est des plus intéressantes, car elle a contribué à fixer la situation juridique de l'assuré d'une mutuelle.

Elle ne s'est pas laissé entraîner par une assimilation trop grande à la situation de l'associé d'une société anonyme et elle n'a jamais perdu de vue que le véritable but du contrat passé par un mutuelliste est la garantie d'un risque. Sans doute elle consacre un élargissement et un renforcement de la protection des assurés, mais on ne peut que s'en féliciter puisqu'elle repose sur les principes de la mutualité et du respect des conventions.

SECTION III

LES MODIFICATIONS AUX CLAUSES STATUTAIRES

Au fur et à mesure que nous avançons dans l'étude des modifications aux clauses du contrat d'assurance mutuelle, le champ de nos recherches se restreint : nous avons écarté les clauses spéciales, puis les clauses légales, il nous reste les clauses des statuts librement déterminées par les fondateurs, en conformité avec les directives du décret de 1922. Ces clauses peuvent être reproduites obligatoirement dans la police, mais leur contenu n'est pas fixé strictement par les textes réglementaires (maximum de cotisation, etc.).

Le droit des sociétés, assoupli par une longue évolution, peut nous donner des principes de solution en la matière. Sans vouloir rechercher si la loi du 24 juillet 1867 est ou non applicable aux mutuelles, il y a une telle similitude entre son art. 31 et les art. 20 du d. 1868 et 11 d. 1922, qu'il semble logique d'appliquer aux mutuelles la théorie des droits essentiels des sociétés commerciales. Mais, fidèle à notre méthode, nous ne perdrons pas de vue que la mutuelle, si elle est une société, est d'abord une société d'assurances et que c'est l'assurance mutuelle qui doit dominer. La constitution d'une société est une nécessité pour que l'assurance mutuelle fonctionne, mais son but — comme celui de ceux qui adhèrent — est l'assurance. Aussi, dès qu'ils ont passé un contrat avec la mutuelle, leur qualité d'assuré doit-elle l'emporter sur celle d'associé. C'est pourquoi on pourrait dire que les assemblées générales extraordinaires des mutuelles peuvent modifier les droits et obligations des

adhérents en tant qu'associés, mais ne peuvent modifier leurs droits et obligations en tant qu'assurés (16). Cependant cette formule ne serait pas exacte et il faudrait en limiter l'application, en autorisant ces assemblées à modifier les droits non essentiels de l'assuré en leur refusant ce pouvoir vis-à-vis des droits essentiels de l'associé. Aussi, poserons nous en principe que les assemblées générales extraordinaires ne peuvent modifier les droits essentiels des adhérents, pris dans leur double qualité d'associé et d'assuré.

Il ne peut s'agir que de droits essentiels, et non de droits acquis ; c'est à tort qu'on a pu parler de droits acquis pour les mutuellistes (17). Ils peuvent opposer les droits qu'ils tiraient de leur contrat, malgré toute modification régulière ou non, parce que ce sont des droits essentiels ; mais ils ne peuvent après une modification régulière, se prévaloir de soi-disants droits acquis, en ce qui touche à des droits non essentiels. L'égalité nécessaire entre mutuellistes exige qu'une seule règle existe pour tous et qu'un adhérent ne puisse tenir en échec une modification votée par l'assemblée extraordinaire parce qu'il a contracté antérieurement à celle-ci.

L'adhérent, en effet, lorsqu'il a contracté avec la mutuelle, a accepté implicitement toutes les modifications qu'elle pourrait apporter à sa situation, en tant qu'associé ; il est un associé ordinaire, sous réserve des particularités que nous avons étudiées. Ce qu'il voulait surtout, c'est que sa situation d'assuré soit intangible. Faut-il, dans ces conditions, reconnai-

(16) Sumien, n° 242; cf. civ. Seine 6 mai 1925, R. A. 1925, 132; Douai 18 octobre 1927, S. 1929.2.168; Rouen 3 avril 1930, R. G. 1930, 528; Civ. 26 février 1935, S. 1935.1.171; Civ. 12 mai 1936, G. P. 1936.2.247, R. G. 1936, 772, n. M. P.

(17) Civ. 12 mai 1936, préc.

tre aux assemblées extraordinaires le droit de modifier à volonté le pacte social, si elles respectent les droits des adhérents pris en tant qu'assurés ? Une double considération s'y oppose. En premier lieu, l'adhérent a intérêt à la stabilité de son assureur, la société, et des modifications de statuts risquent de l'altérer. Mais surtout il faut appliquer aux mutuelles le droit des sociétés et celui-ci connaît depuis longtemps une théorie qui limite les pouvoirs des Assemblées extraordinaires, la théorie des bases essentielles du pacte social. Des limites, aussi bien, étaient nécessaires aux pouvoirs reconnus par l'art. 31 de la loi du 24 juillet 1867 ; or, l'art. 11 du décret du 8 mars 1922 reproduit, après l'art. 20 du décret du 22 janvier 1868, ce texte applicable aux sociétés, et l'identité de la lettre impliquant celle de l'esprit, nous l'interpréterons comme le fut l'art. 31. Toutefois nous nous référerons uniquement à la loi de 1867, sans tenir compte des lois des 22 novembre 1913 et 1^{er} mai 1930 qui en ont modifié l'art. 31, suivant en cela les rédacteurs du décret de 1922 (18). Aussi, l'Assemblée générale extraordinaire ne peut, en l'absence d'une disposition expresse des statuts, porter atteinte aux droits essentiels de ses adhérents. Quant aux modifications permises par les statuts, elles ne peuvent être réalisées qu'autant que les droits essentiels des adhérents ne s'y opposent pas.

L'application de la théorie des droits essentiels des associés (ou des bases essentielles du pacte social) est repoussée par certains auteurs. Le décret de 1868 (art. 26), certes, semblait appuyer notre solution en autorisant l'adhérent à résilier son engagement en

(18) Wahl, n° 1.063 ; Lyon-Caen, Renault et Amiaud, t. II, 2^e partie, n° 956 (5^e éd.) ; Houpin et Bosvieux, n° 1.886 ; Bosvieux, J. S. 1923, p. 193.

cas de modification des statuts relative à la nature des risques garantis et au périmètre de la circonscription territoriale, car il paraissait en faire des bases essentielles du pacte social. Mais le décret de 1922 ne reproduit point cette disposition et par suite semble repousser notre théorie ⁽¹⁹⁾. Nous ne le croyons point : d'abord le décret de 1868 ne fixant qu'un point de détail, on n'en peut tirer une solution générale et puis il est d'autres droits plus importants pour l'adhérent pour lesquels, au cas de modification, la résiliation ne lui était pas ouverte. Les rédacteurs du décret de 1922 se sont rendus compte de la gêne que pouvait constituer pour des mutuelles désireuses de se développer et de suivre l'évolution et les conditions de la vie moderne, une faculté de résiliation reconnue à l'assuré et ont sagement fait en la supprimant, sans par cela rejeter une théorie qu'au surplus le décret de 1868 n'avait ni adoptée ni repoussée, laissant le champ libre à l'interprétation.

D'ailleurs, tout nous amène à appliquer la théorie des droits essentiels aux mutuelles ⁽²⁰⁾. Les textes spéciaux qui les régissent n'ont donné aucune précision sur les pouvoirs des Assemblées générales extraordinaires et, dans l'intérêt même de la mutualité, ils ne peuvent être sans limites. L'absence de travaux préparatoires s'oppose à la recherche de l'intention du législateur ; dans ces conditions où pourrait-on trouver de meilleur guide que dans le texte qui régit, de façon semblable, les sociétés en général. Et en interprétant, par analogie, l'art. 11 du d. 1922 à la lumière de l'art. 31, L. 1867, tout en tenant compte des particularités de la mutualité, nous respecterons la nature juridique des sociétés d'assurances mutuelles.

(19) Desforges, R. A. 1925, p. 82.

(20) Meurisse, pp. 32, 37 et s.; M. Picard cours 1934-1935.

Quelles sont les bases essentielles du pacte social, au maintien desquelles les adhérents ont un droit absolu ? Pour Astresse (21) ce sont « toutes les stipulations statutaires qui ne sont pas relatives à de purs actes d'administration » et ceux-ci sont « tous les actes qui tendent à la réalisation de l'objectif en vue duquel la société a été constituée. » Et cet auteur examine toutes les modifications possibles, en fonction de sa définition. Pour nous, cette délimitation des bases essentielles est insuffisante car elle permet des modifications qu'on ne peut tolérer. Ainsi l'augmentation du maximum de cotisation serait possible (mais une disposition expresse de la loi s'y oppose) pour parer au déficit de la société, puisque, d'après Astresse, l'Assemblée extraordinaire peut même augmenter les charges des associés pour le but principal que ceux-ci se sont proposés en contractant (22).

Les bases essentielles du pacte social sont peu nombreuses mais leur champ d'application est considérable. Analogues à celles qui ont été dégagées du droit des sociétés en général, elles découlent logiquement des conditions mêmes de l'engagement de l'adhérent auprès de la mutuelle. Tout d'abord, reproduisant une formule employée à propos du partage, nous pourrions dire que « l'égalité est l'âme de la mutuelle », elle est intangible. Puis l'adhérent a entendu contracter une assurance auprès d'une mutuelle, à des conditions bien précisées par les statuts. Et c'est pourquoi, il tire du pacte social divers droits essentiels, que nous allons étudier, et qui sont : le droit de ne pas subir d'augmentation de charges, le droit

(21) Op. cit. t. II, pp. 106 et s.

(22) Ibidem, p. 108.

au maintien de l'objet de la société et le droit au maintien de la mutuelle comme assureur.

Avant d'envisager les cas, où l'Assemblée générale extraordinaire est impuissante à apporter des modifications, il nous suffira de citer ceux dans lesquels des pouvoirs lui sont reconnus expressément par le décret de 1922.

Depuis ce décret, c'est sans conteste à l'Assemblée extraordinaire qu'il appartient de modifier les statuts quant à la nature des risques garantis et au périmètre de la circonscription territoriale où s'exerce l'activité de la société (art. 18). L'art. 11 l'autorise à proroger la mutuelle au delà de la durée fixée aux statuts ou au contraire à la dissoudre avant ce terme. Enfin l'art. 34 oblige à réunir une Assemblée générale extraordinaire qui prononcera la dissolution de la société si, à l'expiration d'une période quinquennale, le total des versements faits aux sinistrés ne s'élève pas à 75 % du montant des indemnités réglées lors des sinistres (supra p. 117).

§ 1. — LE DROIT DES ADHÉRENTS DE NE PAS SUBIR D'AUGMENTATION DE CHARGES.

Lorsque l'adhérent a contracté une assurance auprès de la mutuelle et qu'il est devenu un de ses membres, il a connu exactement les limites de son engagement. Aussi, de même qu'il exécute ses obligations de son côté, il peut exiger que la mutuelle exécute les siennes, sans lui imposer de nouvelles charges. Nous aurons à examiner la question de l'assurance à prime fixe par une mutuelle (1°) écartant celle de l'assurance forfaitaire, que nous retrouverons en parlant du droit des adhérents à l'égalité (§ 2). Nous préciserons ce qu'il faut entendre par

l'impossibilité d'augmenter les cotisations (2°) et les droits des Assemblées extraordinaires sur les excédents (3°). Enfin, en étudiant quelques cas particuliers (4°) nous fixerons les limites du droit de l'adhérent de ne pas subir d'augmentation de charges.

1° Les assurances à primes fixes par une mutuelle.

Une mutuelle augmente-t-elle les charges de ses adhérents lorsque, par l'organe de son Assemblée générale extraordinaire, elle décide de ne plus contracter que des assurances à primes fixes ? Il faut, avant de répondre examiner le résultat : il est différent suivant les cas. Ou bien la mutuelle ne possède pas de réserves et à la fin de l'exercice, si les cotisations ne suffisent pas, les indemnités seront réduites, solution juste car l'adhérent n'est plus soumis à un rappel de cotisation. Ou bien la mutuelle possède des réserves et celles-ci combleront le déficit. Si bien que les charges de l'adhérent ne sont nullement accrues par cette modification, qui est reconnue par une longue jurisprudence (23) l'assurance à prime fixe ne change en rien les caractères d'une mutuelle, à condition que la variabilité de la cotisation ou de l'indemnité soit respectée, faute de quoi la mutuelle deviendrait une société commerciale. Remarquons d'ailleurs que la fixité des cotisations des mutuelles est le point d'aboutissement de l'évolution, que nous avons tracé (supra p. 67) de l'organisation technique de ces sociétés (24).

(23) Bordeaux 28 mai 1901, J. S. 1902, 116; Civ. 3 août 1921, S. 1922.1.148; Civ. 6 mai 1930, R. G. 1930, 889; Rennes 7 mars 1934, R. G. 1934, 773; - Meurisse, pp. 37 et s.

(24) Hémar, n° 435.

2° *L'augmentation des cotisations.*

L'Assemblée générale extraordinaire, pas plus qu'un autre organe de la mutuelle, ne peut demander aux adhérents plus que le maximum statutaire de cotisation. L'art. 23 du décret de 1922 le déclare formellement « ...En aucun cas, et pour quelque obligation que ce soit incombant à la société, sauf en ce qui concerne l'augmentation des charges fiscales, le sociétaire ne peut être tenu au delà du maximum de cotisation prévu (aux statuts). » Lorsque l'adhérent a contracté avec la mutuelle, il a entendu ne pas pouvoir être tenu au delà du maximum fixé aux statuts et sa volonté, renforcée encore par celle de la loi, rend intangible la limite de son engagement. De sorte qu'il faut décider que, outre l'augmentation directe des cotisations, toute mesure est prohibée, qui tendrait à leur augmentation indirecte. En revanche, l'Assemblée générale extraordinaire pourra modifier certaines dispositions des statuts, lorsque ces modifications n'entraîneront pas une augmentation des cotisations.

La jurisprudence sans doute admet ce principe, surtout depuis que le décret de 1922 l'a rappelé en termes formels. Cependant on rencontre des décisions en sens contraire ; ainsi le Tribunal civil de Dijon, le 25 mars 1926 (25) a condamné l'adhérent d'une mutuelle à payer une majoration de sa cotisation qui avait été régulièrement votée par une Assemblée extraordinaire et à lui notifiée. L'erreur de semblables décisions provient de ce qu'elles considèrent uniquement l'acte adhésion aux statuts qui fait de l'adhérent un associé et lui rend opposable toutes les modifications régulières à ces statuts. Elles négligent complètement le contrat d'assurance que

(25) R. A. 1926, 253.

passé le mutuelliste et en vertu duquel celui-ci pourra refuser toute augmentation de cotisation.

Parce que les cotisations n'en seront pas augmentées, l'Assemblée extraordinaire peut modifier à sa guise le montant de la portion de cotisation à appeler au début de l'exercice, elle pourra même décider d'appeler le maximum. Ces modifications ne sont, aussi bien, que des aménagements intérieurs des cotisations dans la limite du maximum statutaire. L'art. 21 d. 1922, donne d'ailleurs mission à l'Assemblée générale ordinaire de fixer, chaque année, la portion de cotisation à appeler, dans la limite donnée à cette portion par les statuts ; ce sera à l'Assemblée extraordinaire qu'il appartiendra de modifier cette limite.

Parce que, au contraire, cette modification entraînerait une augmentation indirecte des cotisations, l'Assemblée extraordinaire ne peut : *a*) stipuler la solidarité entre ses adhérents (26). La fixation d'un maximum à la cotisation annuelle est en effet la négation de la solidarité des adhérents, d'ailleurs abandonnée depuis longtemps, par suite de ses dangers (27). Une telle stipulation, non seulement augmenterait dans des proportions imprévisibles les cotisations, mais encore serait en opposition formelle avec les textes qui fixent un maximum de cotisation (art. 21 et 23, d. 1922) ; *b*) autoriser le directeur à contracter des emprunts hypothécaires dont le gage serait les immeubles des assurés. Ce serait sans doute un moyen de trouver, à coup sûr, des prêteurs, mais les assurés risqueraient de se voir poursuivis sur leurs immeubles en cas de non remboursement

(26) Civ. Rouen 7 décembre 1903 sous Rouen 20 juillet 1904, R. A. M. 1904, 279.

(27) Hémar, n° 435-3°.

de cet emprunt. Et cette autorisation serait en opposition avec l'art. 25, d. 1922, qui exige la constitution d'une réserve pour amortissement des obligations par prélèvement sur la part de cotisations réservée aux frais de gestion (28).

3° *L'emploi des excédents de recettes.*

Lorsque les statuts d'une mutuelle ne prévoient point de règles spéciales pour l'emploi de ces excédents, l'art. 28 du décret de 1922, s'appliquera (supra p. 95) mais l'Assemblée générale ordinaire pourra changer cet emploi. Si, par contre, des règles précises ont été établies, la question se pose de savoir si l'Assemblée générale extraordinaire pourra les modifier. Le but de l'institution nous donnera la solution. Les mutuelles ne faisant point de bénéfices, distribuent leurs excédents de recettes à leurs adhérents ; mais, outre la difficulté d'une répartition équitable, tous les exercices sociaux ne se solderont pas forcément par des excédents et toutes sortes de circonstances peuvent amener la mutuelle à sentir le besoin d'avoir par devers elles des fonds dont elle puisse disposer, quand ce ne serait que pour éviter à ses adhérents un rappel de cotisations. Ceux-ci, d'autre part, n'ont pas contracté en vue de cette ristourne, qui n'est que possible non certaine, mais seulement en vue de n'être tenu que dans la limite du maximum de cotisation. Aussi faut-il reconnaître à l'Assemblée extraordinaire tous les droits sur l'emploi des excédents, à condition qu'elle ne supprime pas totalement les ristournes, ce qui ferait de la mutuelle une société de profits. Elle pourra décider que la répartition se fera d'après les calculs sur un nombre d'exercices plus ou moins important que celui

(28) Civ. Seine 23 juillet 1896, B. S. 3, 393.

prévu aux statuts (29). Surtout elle pourra autoriser le versement intégral de cet excédent soit aux réserves existantes soit à de nouvelles réserves qu'elle décide de créer. Cette solution doit être d'autant plus admise, que les adhérents bénéficieront en définitive de ces mesures, soit que le calcul de répartition en sera plus juste, soit que le bon fonctionnement de la société sera complètement assuré, contre tout ce qui pourrait survenir.

4° *Cas particuliers.*

L'Assemblée extraordinaire, avons-nous admis, peut modifier, dans les limites du maximum statutaire, la contribution, Il semble dès lors qu'il faille lui reconnaître le droit de modifier *le maximum de contribution applicable aux frais de gestion*. Cette solution paraît approuvée par l'art. 23, d. 1922, qui décide que « la quotité de cette contribution est fixée tous les 5 ans au moins par l'Assemblée générale (ordinaire) ». Le décret de 1868, autorisant le système de la gestion forfaitaire, laissait toute latitude quant à une augmentation puisque, en abandonnant ce système, la mutuelle n'était plus liée par le chiffre fixé aux statuts (30). Nous refuserons ce droit à l'Assemblée extraordinaire ; l'art. 23 doit être entendu en ce sens que l'Assemblée ordinaire peut diminuer la quotité de la contribution pour frais de gestion, non l'augmenter : l'Assemblée extraordinaire ne le pourra pas davantage. Si le décret de 1922, en effet, a supprimé le système de la gestion forfaitaire, c'est en raison des abus auxquels il a donné lieu ; il serait trop facile d'y revenir et de ruiner une mutuelle au profit

(29) Astresse, n° 260.

(30) Astresse, n° 261.

de directeurs peu désintéressés, en laissant l'Assemblée extraordinaire libre d'exagérer les frais de gestion. Ici, les adhérents subiraient moins une augmentation de charges qu'une diminution de droits, mais le résultat est exactement le même : ils paieraient plus cher qu'ils ne l'avaient voulu en contractant une garantie qui serait inférieure à ce qu'on leur avait promis.

Par contre nous admettons, comme n'augmentant pas les charges des adhérents ⁽³¹⁾, les modifications votées par une Assemblée extraordinaire et qui frappent de déchéance l'assuré qui appelle en garantie la société ⁽³²⁾ ; ou qui changent la date et le contenu de la déclaration annuelle des valeurs assurées que doit faire l'assuré ⁽³³⁾ ; ou qui obligent l'assuré sinistré dont les immeubles étaient hypothéqués à les reconstruire, sous peine de ne recevoir que leur valeur en tant que matériaux de démolition ; ou qui modifient dans un sens restrictif les conditions d'accès à l'Assemblée ordinaire ⁽³⁴⁾. On ne saurait, à propos de cette dernière hypothèse, analyser une telle modification en une augmentation de charges ou plutôt en une possibilité d'augmentation de charges, parce que, restreignant le nombre des membres des assemblées, elle facilitera le changement de clauses statutaires. Le droit d'accès à l'assemblée n'est pas pour l'adhérent une des bases essentielles de son engagement et, au contraire, sa stricte limitation peut être des plus utiles au bon fonctionnement de la mutuelle — nous voyons sans cesse les résultats nuisibles de votes émis par des assemblées nombreuses. Le droit de groupement, d'ailleurs, permettra aux asso-

(31) Meurisse, p. 50.

(32) Grenoble 10 mai 1899, B. S. 2, 618.

(33) Paris 7 avril 1898, B. S. 2, 568.

(34) Contra Meurisse, p. 114.

ciés ne remplissant pas les conditions d'accès, de pallier en partie aux modifications qui les rendent plus rigoureuses encore. Enfin, les bases essentielles que nous sommes en train d'étudier et auxquelles il est impossible de toucher, limitent de façon certaine le danger de modifications apportées aux statuts par une Assemblée extraordinaire restreinte à dessein

§ 2. — LE DROIT DES ADHÉRENTS A L'ÉGALITÉ.

En posant le principe de l'égalité des adhérents d'une mutuelle vis-à-vis des droits comme des obligations (supra p. 138) nous avons montré comment il dominait toute la matière des sociétés d'assurances mutuelles. Principe intangible, base essentielle du pacte social, nous avons vu quelles exceptions, il pouvait souffrir ; il nous reste à examiner si l'Assemblée extraordinaire peut le tenir en échec, en envisageant deux cas particuliers : les assurances forfaitaires (1°), la création de branches spéciales autonomes (2°).

1° *Les Assurances forfaitaires.*

Nous étudions cette question à propos de l'égalité des adhérents parce que, plus encore qu'elle n'augmente leurs charges, elle constitue la rupture-type du principe d'égalité. On désigne sous le nom d'assurance forfaitaire, l'assurance qui moyennant une prime fixe promet à l'adhérent d'une mutuelle une indemnité fixe. L'Assemblée extraordinaire ne peut décider de passer des contrats d'assurance forfaitaire, car elle ne peut créer des groupes différents de sociétaires, en obligeant les uns à supporter les charges provenant d'avantages accordés aux autres. C'est, aussi bien, ce qui se passerait en cas d'assurance for-

faitaire. L'exercice se solde par un excédent, tout est bien ; mais s'il laisse un déficit, celui-ci sera supporté par les mutuellistes ordinaires, ceux qui ont contracté une assurance forfaitaire réclamant à juste titre l'indemnité qui leur a été promise. Ou encore, si un rappel de cotisation est nécessaire, il ne pourra être exercé que contre les mutuellistes ordinaires qui seront ainsi frustés de tous côtés, qu'on leur réduise leurs indemnités ou qu'on leur demande le maximum de contribution. La jurisprudence s'est toujours refusée à valider de telles opérations (35). Leurs conséquences d'ailleurs ne se bornent point à une inégalité de traitement des divers assurés, mais à rendre la mutuelle une société commerciale (36), susceptible d'être mise en faillite et, dans ce cas, les assurés forfaitaires sont des créanciers, dont les droits s'exerceront avant ceux des mutuellistes ordinaires, qui sont des associés.

2° *La création de branches spéciales autonomes.*

Les assurances forfaitaires faites par une mutuelle aboutissent à faire supporter la charge de ces assurances aux mutuellistes ordinaires ; la création de branches autonomes n'a pas le même effet, elle sépare les charges comme les excédents des différentes branches. Dans ces conditions l'Assemblée extraordinaire peut-elle être autorisée à créer des branches spéciales autonomes ?

Nous avons vu dans cette création, une exception au principe d'égalité et cependant nous l'avons validée (supra, p. 145). Mais, si nous avons reconnu

(35) Meurisse, pp. 39 s. et 72 s.; Grenoble 31 mai 1904, R. A. 1905, 485.

(36) Grenoble 31 mai 1904, préc.: « Pareille assurance est manifestement en opposition avec les principes qui régissent les sociétés d'assurances mutuelles... elle implique un but de spéculation et n'est autre chose qu'un contrat commercial. »

aux fondateurs des mutuelles le droit de créer ces branches, nous le refuserons aux Assemblées extraordinaires. C'est en effet, une exception, il faut donc l'admettre de façon restrictive et les conditions, que nous avons exigées, ne seraient pas remplies. Il faut, pour qu'une branche spéciale puisse jouir de l'autonomie, qu'une publicité efficace l'ait dénoncée à tous les adhérents de la mutuelle qui, dès lors ont contracté en connaissance de cause. Or, une telle création au cours de la vie de la société, s'imposerait aux adhérents — qui ne pourraient résilier leur contrat qu'à la fin d'une période décennale — et nombre de ceux-ci n'auraient peut être pas contracté si, à ce moment, la mutuelle avait eu des branches autonomes. C'est une atteinte grave aux bases essentielles du pacte social, d'autant plus qu'elle peut servir à protéger les intérêts des adhérents d'une branche particulière très florissantes, dans une mutuelle en mauvaise situation. Et ce serait un moyen pour ces adhérents, de continuer à toucher intégralement leurs indemnités ou des ristournes parfois importantes, jusqu'à ce que la sanction de l'art. 34, d. 1922, vienne frapper la mutuelle, pour l'ensemble de ses opérations.

§ 3. — LE DROIT DES ADHÉRENTS AU MAINTIEN DE L'OBJET DE LA SOCIÉTÉ.

L'un des droits les plus absolus des membres d'une société est, évidemment, le maintien de l'objet en vue duquel la société a été créée et en vue duquel ils ont contracté. Ce droit appartient au mutuelliste, il constitue un de ses droits essentiels et l'Assemblée extraordinaire n'y peut toucher.

L'objet d'une mutuelle est de pratiquer l'assurance

mutuelle. Aussi, parce que ce ne sont plus des opérations d'assurance, mais seulement des opérations voisines, l'Assemblée extraordinaire ne saurait transformer une mutuelle en une société tontinière, de capitalisation ou d'épargne (37). Parce qu'elle ne pratiquerait plus l'assurance mutuelle, une Assemblée extraordinaire ne peut transformer la société en une compagnie à primes fixes; l'objet serait d'autant plus modifié, que la société, de civile, deviendrait commerciale ; elle ne saurait non plus lui permettre de réassurer une compagnie en promettant des indemnités fixes.

Mais, il ne faut pas confondre l'objet de la société — que nous venons de voir — et qui ne peut être transformé, avec une modification de l'activité sociale, extension des risques couverts ou création de branches nouvelles. Un texte existe d'ailleurs à ce sujet : l'art. 18, d. 1922, qui exige la réunion d'une Assemblée extraordinaire pour « toute modification des statuts relative à la nature des risques garantis et au périmètre de la circonscription territoriale » (38). Le décret de 1868 (art. 26) ne désignait aucun organe de la mutuelle pour procéder à ces modifications et, en outre, autorisait l'adhérent à résilier son contrat lorsqu'elles étaient apportées aux risques garantis ou à la circonscription territoriale. L'accord s'était fait pour donner compétence à l'Assemblée générale extraordinaire, mais un grave danger existait pour les mutuelles, du fait de la résiliation permise à leurs adhérents. C'était, en effet, donner une prime aux tentatives de débauchage des adhérents par une société concurrente, lorsque la mutuelle voulait augmenter son activité. Les progrès de la science, en multipliant les risques, ouvraient des débouchés nouveaux à

(37) Meurisse, p. 75.

(38) Cf. V. A. G. art. 39, al. 4.

l'assurance et les mutuelles n'en pouvaient profiter, sous peine de perdre, peut-être, une grande partie de leurs adhérents. Il suffit de rappeler que si l'Assemblée extraordinaire décidait d'étendre la garantie de la mutuelle aux appareils électriques et aux explosifs — celle-ci n'assurant que l'explosion et l'incendie dus au gaz et à la foudre — les adhérents pouvaient résilier leurs polices (39). De même, les facilités des communications rendaient nécessaire l'extension territoriale de l'activité des sociétés, la mutuelle locale n'étant plus qu'une institution très limitée. — Le décret de 1922 a supprimé, avec cette faculté de résiliation donnée à l'adhérent, de nombreuses difficultés qui s'élevaient à propos de l'interprétation du texte ancien et qu'il est sans intérêt de rappeler (40). Désormais, une mutuelle pourra modifier à sa guise son activité en ce qui concerne les risques exploités et ses limites territoriales fixées aux statuts, à la seule condition de faire voter ces modifications par une Assemblée extraordinaire, conformément à l'art. 11, d. 1922. C'est ainsi qu'une mutuelle-accidents pourra exploiter ensuite une branche incendie, et qu'une mutuelle limitée à plusieurs départements limitrophes, pourra étendre ses opérations à toute la France.

Mais quelle va être la situation de l'adhérent qui est entré dans une mutuelle avant 1922 et qui voit celle-ci, postérieurement à 1922, modifier la nature des risques qu'elle garantissait ou la circonscription territoriale de ses opérations. Peut-il résilier, invoquant le décret de 1868 sous l'empire duquel il a contracté, ou la mutuelle peut-elle lui opposer la validité du vote émis par l'Assemblée extraordinaire et obligatoire, aux termes du décret de 1922 ?

(39) Caen 24 nov. 1909, R. A. 1910, 309; cf. Civ. 13 fév. 1905, S. 1905.1.124; D. 1905.1.350; Civ. 24 fév. 1914, G. P. 1914.1.478; - en matière de sociétés commerciales Civ. 26 nov. 1894, D. 1895.1.57.

(40) Cf. Astresse n° 248.

La solution nous sera dictée par les arguments que nous avons admis à propos de la question de la résiliation décennale substituée par le décret de 1922 à la résiliation quinquennale. Certes il y a une différence considérable entre les deux choses, le délai de résiliation n'a été qu'augmenté, alors que le droit de résiliation de l'art. 26 a été purement et simplement supprimé. Le décret de 1868 attachait une grande importance à ce droit de résiliation puisqu'il obligeait à le stipuler dans la police (art. 28), comme dans les statuts (art. 25) si bien que l'adhérent n'a pu manquer d'y prêter attention. Par suite il faut apprécier le texte applicable lors de l'adhésion aux statuts et de l'engagement de l'adhérent et lui laisser par suite ce droit tant que durera son contrat et malgré la décision de l'Assemblée extraordinaire. La question n'a jamais encore été tranchée en jurisprudence mais il ne nous paraît pas douteux qu'elle doive l'être dans ce sens.

§ 4. — LE DROIT DES ADHÉRENTS AU MAINTIEN DE LA MUTUELLE COMME ASSUREUR.

L'évolution, que nous avons rappelée, des sociétés d'assurances mutuelles, nous a montré que si elles tendent de plus en plus à se rapprocher, quant à l'apparence au moins, des compagnies à primes fixes, elles n'en conservent pas moins des marques de l'« intuitus personæ » qui dominait jadis les adhésions (supra, p. 20). Un adhérent a choisi une mutuelle, il a été admis, il s'est assuré : il a droit au maintien de la mutuelle comme assureur de ses risques. C'est avec la mutuelle qu'il a contracté, il a pris des engagements envers elle comme elle en a pris envers lui, ni l'un ni l'autre ne peuvent s'y soustraire.

L'adhérent d'une mutuelle étant à la fois un associé

et un assuré, ne peut voir transférer son contrat à une autre société sans son consentement. Un danger considérable existe, en effet, celui de se voir complètement ou partiellement frustré. Il serait trop facile à une mutuelle saine de céder ses polices à une autre société, quelques associés ou dirigeants y trouvant un gain ; si, par la suite, cette société fait de mauvaises affaires, les assurés de la mutuelle vont être privés de sa garantie et des indemnités auxquelles ils avaient droit. Si bien qu'il faut poser en principe qu'une mutuelle qui a accepté de couvrir certains risques ne peut s'en décharger par la suite sous quelque forme que ce soit, sans le consentement de ses assurés.

De ce principe découlent logiquement plusieurs conséquences. En premier lieu, une mutuelle peut réassurer certains de ses risques auprès d'une autre société (art. 35, d. 1922) car elle reste tenue vis-à-vis de ses adhérents, aucun lien n'existant entre ceux-ci et son réassureur ⁽⁴¹⁾ (cf. supra, p. 76). Mais d'autre part, une mutuelle ne peut réassurer tous ses risques que si, en fait, elle demeure tenue vis-à-vis de ses assurés ; il existe d'ailleurs une disposition légale que nous aurons à examiner. Puis, une mutuelle ne peut cesser par un procédé quelconque, d'exister et de remplir ses engagements envers ses assurés : l'Assemblée extraordinaire est impuissante à céder le portefeuille de la mutuelle ou à fusionner celle-ci avec une autre société. Enfin, si les statuts ont cependant prévu expressément ce cas et donné pouvoir pour ce faire à l'Assemblée extraordinaire, on ne peut lui refuser ce droit, puisque les adhérents sont censés y avoir consenti. Ce sont ces dernières conséquences que nous

(41) Art. 36 d. 1922. — L'art. 4 de la loi du 13 juillet 1930, dispose que « dans tous les cas où l'assureur se réassure contre les risques qu'il a assurés, il reste seul responsable vis-à-vis de l'assuré ».

allons envisager, écartant la question de la réassurance partielle de ses risques par une mutuelle, qui ne présente aucun intérêt en la matière.

1° *La réassurance générale ou totale d'une mutuelle.*

Il est normal qu'une mutuelle décide de réassurer soit certains risques soit l'excédent de sa garantie, lorsqu'elle assure sur un risque plus que son plein ne lui permet sans se réassurer. De même il faudrait admettre qu'une mutuelle pût se réassurer entièrement que ce soit auprès d'une autre mutuelle ou auprès d'une compagnie. Par exemple, une mutuelle à ses débuts veut donner une garantie entière à ses adhérents et faciliter ses premiers exercices : elle se réassurera pour tous ses risques, quitte à ne plus le faire lorsqu'elle sentira son organisation assez solide pour voler de ses propres ailes. Le législateur en a décidé autrement : l'art. 37, d. 1922 (*supra*, p. 102) sans interdire ce procédé, exige pour qu'il soit valable la réunion d'une Assemblée extraordinaire et donne en outre à tout adhérent le droit de résilier son engagement, lorsque la mutuelle a réassuré plus de 90 % de ses risques, exactement « lorsque le total des cotisations afférentes aux risques réassurés porte sur plus de 90 % de celle-ci. » Ce droit de résiliation interdit pratiquement une telle réassurance.

Les auteurs du décret ont vu, aussi bien, le danger qui pouvait résulter d'une réassurance totale ou presque : elle peut trop facilement réaliser une cession occulte de portefeuille (42). Elle peut n'offrir aucun risque, mais le décret ne distingue pas et doit s'ap-

(42) Ancey et Sicot p. 158; Vivante, *Riassicurazione e cessione di portafoglio*, Ass. 1934, 22 et s.

pliquer sans réserves. Cette solution est dure ⁽⁴³⁾ néanmoins nous l'approuverons car elle protège plus les adhérents qu'elle ne gêne les mutuelles. Quant à l'arbitraire de la proportion de 90 %, il y faut voir le souci des auteurs du décret de n'intervenir que dans le cas où une opération, peut être désastreuse pour les mutuellistes, est aisée à soupçonner. On ne pouvait demander au décret de fixer une série de chiffres moins élevés, c'eût été ouvrir à la porte à des complications et des contestations sans nombre et la simplicité, même brutale, n'est pas toujours un mal.

Rien n'empêchera d'ailleurs une mutuelle de s'adresser à une société pour se faire réassurer totalement — sans qu'il y ait, en fait, combinaison douteuse — il lui suffira de remplir les formalités de l'art. 11, d. 1922 et de laisser ses adhérents libres de résilier à leur gré, leurs polices.

2° En l'absence d'une clause des statuts, l'Assemblée extraordinaire ne peut ni voter la cession du portefeuille de la mutuelle, ni sa fusion avec une autre société.

Aucun transfert de contrats ne peut être effectué par l'Assemblée extraordinaire, de la mutuelle à une autre société, sans le consentement des adhérents ⁽⁴⁴⁾.

Par cession, on entend la vente en bloc de tout l'actif d'une société à une autre société ⁽⁴⁵⁾ ; par fusion, l'absorption d'une société dans une autre ⁽⁴⁶⁾.

Fusion ou cession de portefeuille suppose un assureur abandonnant son actif et son passif, se dessai-

(43) Meurisse, p. 104.

(44) Astresse n° 336; Ancy et Sicot, p. 159; Meurisse, p. 87.

(45) Wahl n° 1.174.

(46) Wahl n° 1.175.

sissant de tout ce qui constitue son organisme d'assureur, cessant d'exister. Comme tous ses contrats sont transférés à un autre assureur, toutes relations directes sont supprimées entre la mutuelle et ses adhérents. Un assuré — surtout un mutuelliste — ne peut être engagé envers un assureur autre que celui qu'il a choisi, aussi la transmission de son contrat ne peut créer pour lui d'obligations que s'il y consent, car, de droit commun, un débiteur ne peut être substitué à un autre débiteur qu'avec l'assentiment du créancier (art. 1275, C. Civ.).

Il faut toujours envisager cette question par rapport à l'adhérent, créancier éventuel d'une indemnité. Si l'Assemblée extraordinaire vote la fusion de la mutuelle ou la cession de son portefeuille, enlevant par là même à la mutuelle son individualité ou lui en laissant une fictive, l'adhérent a le droit de s'insurger contre cette décision qui porte atteinte aux bases essentielles du pacte social. Dès que la mutuelle disparaît, l'adhérent est en droit de se plaindre ; dès que la mutuelle ne conserve plus, vis-à-vis de ses adhérents son existence légale pleine et entière, leur engagement n'a plus de raison d'être.

Il est intéressant de remarquer que, suivant que les contrats de la mutuelle sont transférés à une mutuelle ou à une compagnie, la cession et la fusion s'absorbent l'une l'autre. Lorsque ces opérations ont lieu entre mutuelles, il n'y a pas cession d'un bloc de polices d'assurances mais entrée dans la mutuelle cessionnaire, en tant qu'associés et assurés, de tous les adhérents de la mutuelle cédante. La double qualité de l'adhérent reparaît ici et fait que tout transfert global des polices d'une mutuelle à une autre est une fusion. Les assurés devenant des associés, de même que les actionnaires d'une société fusionné avec une autre deviennent actionnaires de celle-ci.

Aussi ne parlerons-nous que de fusion, lorsque l'opération que nous envisageons a lieu avec une autre mutuelle, suivant en cela M. Meurisse (47). Bien au contraire lorsque cette opération aura lieu avec une compagnie, nous ne pourrons parler que de cession. Les adhérents de la mutuelle, en effet, ne vont point retrouver auprès d'une compagnie leur double qualité, mais uniquement celle d'assurés. Ils ne feront plus partie de la société, ils seront dans la situation de tous les tiers qui auront contracté avec la compagnie. Aussi n'y aura-t-il jamais fusion, mais uniquement cession de portefeuille.

Mais, qu'il y ait fusion avec une mutuelle ou cession à une compagnie, il faut affirmer l'impuissance de l'Assemblée extraordinaire à réaliser ces opérations. Le droit des adhérents au maintien de la mutuelle comme assureur, droit essentiel, s'oppose à ce que la mutuelle disparaisse ou ne conserve qu'une existence fictive (48).

3° *Les pouvoirs de l'Assemblée générale extraordinaire en présence d'une autorisation donnée par les statuts.*

L'adhérent qui entre dans une mutuelle doit avoir pris connaissance des statuts et les avoir acceptés, puisqu'il sera tenu comme associé, par leurs stipulations. Aussi lorsque ces statuts ont décidé que l'Assemblée générale extraordinaire aurait tous pouvoirs pour voter la fusion de la mutuelle ou la cession de son portefeuille, ne peut-on que valider un vote pris en exécution de cette clause statutaire (49.)

(47) Op. cit. pp. 87 et s.

(48) *Astresse* n° 337; Meurisse pp. 105 et 111; cf. civ. Pontoise, 17 février 1914, R. A. M. 1914, 125.

(49) *Astresse*, n° 337, Bosvieux, J. S. 1924, p. 194; Houpin et Bosvieux n° 1.891; Meurisse, pp. 106 et 112; cf. paix Arles 11 mai 1908, J. S. 1910, 527.

Lorsque des circonstances particulières inciteront la mutuelle à cesser ses opérations, une Assemblée générale extraordinaire sera réunie, conformément aux règles fixées par l'art. 11 du décret de 1922. Un vote interviendra qui décidera soit la fusion de la société avec une autre mutuelle et dans ce cas tous les assurés deviendront des adhérents de cette mutuelle, soit la cession de son portefeuille à une société à primes fixes, dont les adhérents deviendront alors les assurés. Aucune difficulté n'aurait dû être soulevée, quant à la validité de l'opération, si on ne s'était appuyé sur une interprétation inexacte d'une décision de la Cour suprême. La Cour de Cassation, Chambre civile, a rendu le 18 novembre 1885 ⁽⁵⁰⁾ un arrêt aux termes duquel elle décide que, si l'Assemblée extraordinaire peut voter la dissolution de la société, elle ne peut « maintenir l'effet des contrats d'assurance antérieurs à la dissolution (cela) ne rentrant pas dans le cercle de ses pouvoirs. » Les statuts, en effet, ne lui permettaient que de voter la dissolution, régler le mode de liquidation et nommer le liquidateur. La Chambre civile ajoutait qu'admettre « que la société se survive fictivement à elle-même pour les besoins de la liquidation, aurait pour résultat de créer une société nouvelle fonctionnant dans des conditions différentes de celles en vue desquelles les anciens associés avaient contracté. » Par suite le liquidateur ne pouvait plus réclamer de cotisations postérieurement à la dissolution.

On s'est saisi de cette décision, pour déclarer que la cession ou la fusion, possibles pour une société anonyme ne l'étaient pas pour une mutuelle ⁽⁵¹⁾. En effet, on se trouve en présence d'un cercle vicieux :

(50) S. 1886.1.111.

(51) Meurisse, p. 99.

ou la mutuelle disparaît et par suite tous ses contrats sont résolus, et dans ce cas cession ou fusion n'aboutissent à rien ; ou elle décide de survivre pour liquider ses contrats, mais créant une société fonctionnant sur des bases nouvelles, elle porte atteinte aux bases essentielles du pacte social ; ou, enfin, elle continue, après la cession, à passer de nouveaux contrats et dans ce cas, elle continuera à exister sans jamais réaliser le transfert de ses polices.

Nous écarterons ces critiques ⁽⁵²⁾. Il faut, aussi bien, admettre qu'une mutuelle se survive à elle même pour les besoins de sa liquidation, comme une société anonyme. Quels dangers y trouveront ses assurés : comme une société anonyme elle verra ses contrats diminuer chaque année, comme elle, elle conservera ses réserves et pourra ainsi faire face à ses engagements. Cette solution est d'ailleurs la seule compatible avec le droit de l'adhérent au maintien de la mutuelle comme assureur ; elle est plus logique et plus juste que celle qui consiste à décider que tous les contrats sont résolus. Puis l'arrêt de la Cour de Cassation, de 1885, n'a point la portée qu'on lui donne : il refuse à l'Assemblée extraordinaire de décider que la mutuelle se survivra à elle-même, parce que les statuts ne lui ont pas donné ce droit, le texte de l'arrêt que nous avons rapporté plus haut, le prouve manifestement. Et nous en arriverons à cette conclusion que la cession ou la fusion seront valables à condition que les statuts autorisent l'Assemblée extraordinaire à y procéder : mais il sera nécessaire que les statuts précisent avec minutie ces conditions de l'opération en particulier autorisent le maintien des contrats en cours jusqu'à extinction complète, pour qu'aucune difficulté ne puis-

(52) Cf. Astresse, n° 337 ; - V. A. G. art. 46, al. 2.

se s'élever ensuite, car les membres d'une mutuelle sont tenus par les stipulations des statuts auxquels ils ont adhéré.

Telle est la théorie des droits essentiels, appliquée aux sociétés d'assurances mutuelles. Ces droits sont peu nombreux mais leur champ d'application est vaste et l'adhérent mutuelliste est bien protégé contre les décisions des Assemblées extraordinaires qui pourraient lui préjudicier. La loi, la jurisprudence et la doctrine ont créé une théorie, appuyée sur des réalités, et qui assure à l'adhérent une protection efficace. Remarquons, en effet, qu'outre les conditions intangibles de l'art. 11 d. 1922, qui exigent une majorité représentative des intérêts généraux de la mutuelle et de ses membres la théorie des droits essentiels des adhérents permet de faire échec aux combinaisons adroites mais illicites d'Assemblées qui se soucient peu des intérêts de mutuellistes. C'est ainsi que nombre de modifications interdites ne pourront être réalisées car elles lésent à la fois plusieurs droits essentiels et si elles ne touchent pas à l'un, grâce à d'adroites précautions, elles toucheront à d'autres. Par exemple, signalons les assurances forfaitaires qui contreviennent à la fois à l'égalité et au principe de la non augmentation des charges des adhérents ; ou la transformation de la mutuelle en compagnie qui change l'objet de la société en même temps qu'elle augmente les charges des adhérents. Nous allons voir comment ces droits essentiels sont mis en œuvre, en étudiant la publicité et la sanction des modifications aux droits et obligations des adhérents, celle-là permettant celle-ci.

SECTION IV

LA PUBLICITE DES MODIFICATIONS

Il est évident que la publicité ordinaire ne peut suffire en ce qui concerne les modifications apportées par les Assemblées extraordinaires aux droits et obligations des adhérents, ces derniers, aussi bien, risqueraient le plus souvent de n'en rien connaître, ce qui pourrait leur causer un préjudice, et surtout ne pourraient attaquer les décisions qui méconnaissent leurs droits.

La publicité, que nous appellerons générale, est prévue par l'art. 47 d. 1922 qui reproduit l'art. 41 d. 1868 et qui renvoie aux articles concernant la publication des actes de sociétés (art. 44 à 46) pour les modifications des statuts, la dissolution anticipée ou la continuation au delà du terme de la société (53).

La publicité, que nous qualifierons de spéciale, est la plus efficace, elle est réglée par l'art. 11 al. 3, d. 1922. Ce texte supprime toutes difficultés en laissant à la mutuelle le choix entre plusieurs modes pour notifier à ses adhérents les modifications apportées aux statuts. Le décret de 1868 (art. 20 al. 2) disposait que « toute modification statutaire est portée à la connaissance des sociétaires dans le premier récépissé de cotisation qui leur est délivré. » Une jurisprudence abondante montre comment sa concision fut diversement interprétée. La société, ayant remis la quittance, ne conservait aucune preuve de la notification et les adhérents en profitaient pour déclarer que les modifications leur étaient inopposables.

(53) Cl. L. 17 mars 1905, art. 2, al. 2 et d. 12 mai 1906, art. 9, pour les mutuelles-vie.

bles. La jurisprudence décidait que si la simple énumération des articles modifiés des statuts au dos d'une quittance, était insuffisante ⁽⁵⁴⁾ mention de l'essentiel des modifications suffisait ⁽⁵⁵⁾ mais aussi qu'un assuré ne pouvait se prévaloir du fait qu'il a refusé de payer sa cotisation, lorsque mention des modifications, était faite dans la quittance ⁽⁵⁶⁾. Surtout nos tribunaux admettaient qu'en dehors du mode prévu à l'art. 20, les mutuelles pouvaient notifier les modifications à leurs adhérents, à charge d'en rapporter la preuve ⁽⁵⁷⁾ et c'est la solution adoptée par les auteurs du décret de 1922, qui ont donné à la mutuelle le choix entre plusieurs modes de notification :

1° mention dans le premier récépissé de cotisation — solution du d. 1868 — procédé peu heureux, nous l'avons vu, surtout lorsque l'échéance de la cotisation est éloignée ;

2° remise du texte des modifications contre reçu, procédé donnant toutes garanties à la société et à l'adhérent mais qui exige soit le déplacement de l'adhérent soit d'un agent de la mutuelle ;

3° envoi d'un pli recommandé, solution la plus pratique qui permet d'avertir promptement l'adhérent, ce qui est un grand avantage tant pour celui-ci que pour la mutuelle.

Un délai maximum est fixé pour cette notification, variable suivant les adhérents : elle doit être faite « au plus tard dans le premier récépissé de cotisation qui leur est délivré » postérieurement aux modifications.

(54) Paris 27 novembre 1896 (3 arrêts) B. S. 2, 506.

(55) Paris 22 juin 1900, R. A. M. 1900, 353.

(56) Civ. Bordeaux 8 août 1892, B. S. 3, 246; Paris 22 juin 1900, préc.

(57) Paris 27 novembre 1898, R. A. M. 1900, 324.

Ajoutons que l'obligation de mentionner les modifications sur les avenants aux contrats en cours, attirera utilement l'attention des adhérents sur elles.

En examinant la sanction de ces modifications, nous allons voir l'intérêt qui s'attache à une publicité efficace qui renseigne exactement l'adhérent.

SECTION V

LA SANCTION DES MODIFICATIONS

La modification des statuts par l'Assemblée générale extraordinaire présente de graves dangers et doit être rigoureusement sanctionnée dans tous les cas où elle est faite irrégulièrement. Il ne faut point s'étonner que le décret de 1922, après celui de 1868, ne donne en la matière aucune règle, n'édicte aucune nullité. C'est dans la ligne générale de sa rédaction et il faut puiser les sanctions suivant les opinions dans les principes généraux ou dans la loi de 1867. Nous ne prendrons pas parti dans le débat et nous appliquerons seulement les solutions qui nous paraîtront logiquement déduites des principes et des nécessités de la mutualité. Ecartons rapidement les modifications faites par un organe autre que l'Assemblée extraordinaire : seule celle-ci peut toucher aux statuts, aucune délibération de l'Assemblée générale ordinaire ou du Conseil d'administration n'y pourra suppléer (58). Le décret de 1922 en effet exige un *quorum* spécial pour un tel vote et le maintient au cours des Assemblées extraordinaires postérieures à une première qui n'a pu se réunir, ce qui montre bien l'importance qu'il attache à la compétence qu'il a fixée.

(58) Civ. 11 novembre 1913, S. 1918.1.129 n. Wahl.

La nullité de la modification apportée aux statuts peut être invoquée par tous les intéressés et elle est opposable à tous.

Nous examinerons successivement le sort des modifications faites par une Assemblée extraordinaire nulle (§ 1) et de celles faites par cette dernière en dehors de ses pouvoirs (§ 2). Enfin nous recherchons l'effet de modifications non publiées conformément au décret (§ 3).

§ 1. — LA MODIFICATION DES STATUTS
PAR UNE ASSEMBLÉE EXTRAORDINAIRE NULLE.

Si l'Assemblée extraordinaire est atteinte elle-même de nullité, ses décisions n'ont aucune valeur et ne peuvent être appliquées vis-à-vis des associés ou des tiers. Les associés ont le droit d'en demander la nullité, ils y ont dans leur qualité d'associé un intérêt suffisant, même si leur situation d'assuré n'en doit pas souffrir. Il en sera ainsi lorsque les lettres de convocation n'auront pas précisé l'objet des délibérations de l'Assemblée extraordinaire ⁽⁵⁹⁾ ; lorsque le *quorum* nécessaire n'aura pas été réuni ⁽⁶⁰⁾ ou que les membres de la société qui ont le droit d'y assister n'auront pas été convoqués et se seront vu refuser l'accès à l'Assemblée ⁽⁶¹⁾.

§ 2. — LA MODIFICATION DES STATUTS
PAR LES ASSEMBLÉES EXTRAORDINAIRES
HORS LEURS POUVOIRS

Une Assemblée extraordinaire régulière se réunit, elle vote de façon parfaitement valable des modifica-

(59) Paris 15 décembre 1890, B. S. 2, 241 ; Civ. 11 novembre 1913, préc.

(60) Cf. Grenoble 10 mai 1899, B. S. 2, 218.

(61) Paris 15 décembre 1890, préc.

tions aux statuts. Or ceux-ci ne lui permettaient pas ces changements où elle a excédé les pouvoirs que nous avons reconnus aux Assemblées extraordinaires. Ainsi, une Assemblée vote la fusion de la mutuelle sans autorisation des statuts ; ou bien elle augmente les engagements des adhérents, par exemple le maximum de cotisation. Dans les deux cas, il y a excès de pouvoir ; dans le second, il y a atteinte aux bases essentielles du pacte social. Les associés ne peuvent être obligés de subir ces modifications, ils pourront soit en demander la nullité soit agir en résolution de leur engagement.

A. - L'action en nullité.

Si l'associé d'une mutuelle a des droits essentiels, il faut, pour que ces droits aient une valeur réelle, qu'ils soient sanctionnés. Aussi doit-on donner à chaque mutuelliste le droit d'agir en nullité contre la décision de l'Assemblée extraordinaire qui le lèse. Il a une action individuelle ⁽⁶²⁾ car elle ne tend qu'à frapper de nullité, vis-à-vis de lui, cette décision. Les droits essentiels des adhérents doivent en effet être considérés par rapport à chacun des adhérents et non par rapport à leur ensemble. Une modification peut ne pas porter atteinte aux droits généraux des adhérents et l'un deux en leur nom ne serait pas recevable à agir, tandis qu'il l'est en son nom personnel, si ses droits particuliers ont été méconnus. Et il arrivera d'ailleurs que les modifications annulables s'appliquent à certains associés qui les ont acceptées, alors qu'en même temps d'autres s'insurgent contre elles et en demandent la nullité. Aussi les effets de cette nullité seront-ils restreints, ils s'apparentent à ceux

(62) Meurisse, p. 125 ; - cf. Ehrenberg, p. 135.

de la nullité dite relative dans la théorie classique des nullités. Bien entendu, il ne peut s'agir que de la nullité de la modification, la validité de la mutuelle n'en est pas du tout atteinte, sauf au cas où les statuts interdisent à l'Assemblée extraordinaire de proroger la mutuelle après le terme prévu. L'ancienne mutuelle, qui a cessé d'exister, n'en reste pas moins valable, mais la nouvelle est nulle.

Chaque associé peut demander la nullité mais il peut seul se prévaloir de ses effets et la jurisprudence nous le montre bien, quand nous rencontrons un nombre souvent considérable de décisions sur des litiges semblables entre divers associés et une même mutuelle, sans que l'un de ces associés ait pu, se servant d'un jugement rendu en faveur d'un autre mutuelliste, éviter une instance. Mais il faut reconnaître que, sans modifier le caractère de l'action, les adhérents peuvent se réunir pour exercer tous ensemble l'action en nullité; ce sera le cas ordinaire quand la mutuelle aura, par des modifications et des contrats passés avec les tiers, contrevenu aux droits essentiels des adhérents (63).

Puisque la nullité n'a effet que vis-à-vis de lui, l'adhérent peut renoncer à la faire valoir et, par suite, confirmer la modification annulable. Il le fera de façon expresse, sous quelque forme que ce soit, ou tacitement, mais il faudra des éléments de fait bien précisés car on ne peut induire la confirmation du seul paiement des cotisations, quoique certains auteurs veuillent l'admettre sous le prétexte que ce paiement implique l'exécution du contrat modifié (64) alors que subsiste un doute sur le contrat que l'adhérent entend exécuter, l'ancien — non modifié — ou le nouveau.

(63) Meurisse, pp. 128 et s.

(64) Rouen 20 juillet 1904, R. A. M. 1904, 278 n. Astresse.

D'après M. Meurisse ⁽⁶⁵⁾ cette nullité se prescrirait par dix ans ; il semble en effet que ce soit le délai qu'il faille appliquer ici : il est celui des nullités relatives auxquelles celle-ci ressemble fort et nulle part, d'un autre côté, le législateur n'a fait des droits essentiels des adhérents des mutuelles, un principe d'ordre public.

B. - L'action en résolution.

On peut facilement considérer qu'en atteignant les droits essentiels des adhérents ou en prenant des décisions non autorisées par les statuts, l'Assemblée extraordinaire porte préjudice au mutuelliste et que celui-ci peut demander la résolution de son engagement, la mutuelle ne tenant pas le sien envers lui ⁽⁶⁶⁾. Nous pensons que l'adhérent doit y être autorisé mais cependant la nullité de la modification est une sanction préférable, la résolution n'en étant qu'une indirecte. Toutefois, elle sera la seule possible en face du fait accompli, contre lequel la nullité est impuissante.

§ 3. — SANCTION DE L'ABSENCE DE PUBLICITÉ DES MODIFICATIONS APPORTÉES AUX STATUTS.

Nous avons vu (*supra*, p. 202) que toutes les modifications aux statuts devaient être publiées conformément au décret de 1922. Celui-ci ne frappe d'aucune sanction le défaut de publicité, suivant en cela le décret de 1868, et des auteurs pensent qu'elle n'est pas requise à peine de nullité, mais que seule-

(65) *Op. cit.* p. 132.

(66) *Astresse*, p. 159; *Meurisse*, p. 132; *Req.* 26 octobre 1892, *B. S.* 1, 127; *Lyon* 5 février 1913, *R. A.* 1913, 349.

ment les administrateurs de la mutuelle en seront responsables (67).

Il est impossible de ne pas frapper le défaut de publicité, ce serait faire des textes du décret des prescriptions sans effet ; et le but de toute publicité est tel que, si elle n'est pas faite, une sanction doit être appliquée. Mais, pensons-nous, il faut soigneusement distinguer la publicité suivant qu'elle est prévue vis-à-vis des tiers ou des associés.

L'absence de la publicité prévue par l'art. 47, d. 1922 est sanctionnée par la nullité, parce qu'elle est destinée à renseigner les associés, sans doute, mais surtout les tiers qui peuvent être appelés à contracter avec la mutuelle (68). Les associés comme les tiers invoqueront la nullité qui est absolue, ne peut être ni réparée ni confirmée.

Quant à la publicité prévue par l'art. 11 vis-à-vis des adhérents, une nullité semble mal répondre à l'intention du législateur si elle exige une action en justice. La vraie sanction doit être l'inopposabilité de l'acte modificatif aux associés, lorsqu'il n'a pas été publié ou qu'il l'a été insuffisamment (supra, p. 202) (69).

La validité de la mutuelle n'en sera aucunement affectée, seule la modification sera nulle ; il n'en sera autrement que lorsque celle-ci porte sur la vie même de la société. Ainsi, une Assemblée extraordinaire proroge la durée de la mutuelle mais cette décision n'est pas publiée, aussi la mutuelle qui a existé depuis le terme statutairement fixé à la société est nulle, mais la société qui a été prolongée n'est évidemment pas atteinte antérieurement à ce terme.

(67) *Astresse* n° 267.

(68) Civ. 11 novembre 1913, S. 1918.1.129, n. Wahl (§ 3) ; Hémard, *Tr. des nullités de sociétés*, n° 204 ; Bourgeois, p. 153.

(69) *Astresse*, n° 267 ; Wahl, note préc.

DEUXIEME PARTIE

**LES RAPPORTS DES SOCIETES
D'ASSURANCES MUTUELLES
AVEC LES TIERS**

Une société ne peut vivre entièrement repliée sur elle-même et faisant seulement des opérations avec ses membres. Les sociétés d'assurances mutuelles obéissent à la loi commune et ne peuvent fonctionner sans contact avec l'extérieur, en un mot sans avoir de rapports avec les tiers. C'est une solution évidente, qu'impose la lecture même des textes réglementaires : comment pourrait faire, en effet, la mutuelle, pour acquérir des valeurs ou des immeubles, en application de l'art. 57 du décret de 1922, sans passer par l'intermédiaire de tiers ?

On l'a cependant contesté. « Le caractère distinctif des mutuelles, déclare Alauzet (1), c'est que leurs membres ne contractent qu'entre eux et n'émettent point d'engagements extérieurs. » L'unique objet de la société étant l'assurance mutuelle de ses membres, elle n'a pas, dit-on, à contracter avec les tiers. Non seulement elle n'en a pas l'occasion, mais encore elle ne le peut pas car, tout contrat synallagmatique étant destiné à procurer un bénéfice à une partie ou pouvant lui causer une perte, une mutuelle ne doit ni faire de bénéfices ni subir de pertes. Et le décret de 1868, puis celui de 1922, semblent pouvoir être invoqués à l'appui de cette opinion. Si des formalités de publicité, assez analogues à celles prévues pour les sociétés anonymes, sont précisées par ces textes, elles ne sont assorties d'aucune sanction, ce qui montre bien que les auteurs de ces décrets attachaient peu de prix

(1) Dans : *Traité général des assurances terrestres* (1843) ; cf. La-prade, pp. 123 et s. ; Quenault, *Traité des assurances terrestres*, n^{os} 124 et 125.

aux formalités destinées à renseigner les tiers. Une mutuelle n'a pas à contracter avec eux ; au contraire, comme elle contracte avec ses associés et que sans cesse de nouveaux adhérents viennent à elle, des formalités les mettant à même de se rendre compte des limites de leur engagement sont prévues par les décrets et la jurisprudence s'accorde à les sanctionner (supra, p. 34). Mais les auteurs mêmes qui refusent aux mutuelles le droit de contracter avec les tiers, sont obligés de reconnaître de fort importantes dérogations à la règle qu'ils ont posée.

La question, aujourd'hui, est hors de doute : une mutuelle peut contracter avec les tiers, pour les nécessités de son exploitation (2). Un contrat synallagmatique, en effet, n'oblige pas toujours une mutuelle à gagner ou à perdre : si, par un agent de change, elle achète des titres de rente, ce que ces titres lui coûteront, outre leur valeur même, ne représente que les frais de l'opération. Quant à la délicate question de la sanction des formalités de publicité, sans vouloir rechercher si la loi du 24 juillet 1867 doit être ou non appelée à suppléer au silence du décret de 1922, après celui de 1868, il semble bien qu'une sanction doive être admise quelle que soit la solution adoptée (3).

Enfin le décret de 1922 est venu manifestement reconnaître aux mutuelles le droit de contracter avec les tiers, en les autorisant émettre des obligations (art. 25 al. 3).

Est-ce à dire qu'une mutuelle va pouvoir passer toutes sortes de contrat avec les tiers ? Sans doute

(2) Astresse n° 345; Hémard, Nullités de sociétés n° 319, p. 415; cf. C. co. ital. art. 243; V. A. G. art. 19.

(3) Hémard, Nullités de sociétés, n° 324 et les références citées en note.

elle a la personnalité morale, elle est une société pleinement capable, mais n'oublions pas que son objet est étroitement limité : la pratique de l'assurance mutuelle. Si bien que nous admettrons la validité de tous les engagements qu'une mutuelle peut contracter aux fins de réaliser son objet (4). Elle pourra donc assurer le bon fonctionnement de son exploitation lorsque le concours de tiers lui sera nécessaire, et ses adhérents seront protégés contre des engagements inutiles ou coûteux. Une sanction d'ailleurs, est maintenant admise par la jurisprudence pour frapper les mutuelles qui, en dehors de leur objet, passent des contrats dont elles retirent des bénéfices ou qui leur causent des pertes : la faillite, car, de sociétés civiles, elles se changent en sociétés commerciales.

Une mutuelle aura donc des rapports juridiques avec un certain nombre de tiers, qu'on peut ranger en trois catégories : les débiteurs de la société, ses créanciers, les créanciers personnels des associés, chacune de ces catégories fera l'objet d'un chapitre. Par définition les associés ne peuvent être des tiers et ne devraient point entrer dans notre étude. Cependant, ces associés seront des tiers, dans certains cas, quand ils contracteront avec la mutuelle, en dehors de leur assurance. Aussi devront être considérés comme des tiers, les associés qui auront souscrit des obligations émises par la mutuelle, et ils devront être mis sur le même pied et subir le même traitement que les obligataires non-associés, ce qui, par suite, nous dispensera de les envisager.

(4) Cf. les termes de l'art. 25 al. 4, d. 1922 : les mutuelles « ne peuvent contracter des emprunts que pour constituer les fonds prévus aux alinéas précédents ou les cautionnements qu'elles peuvent avoir à verser à la caisse des dépôts et consignations ».

CHAPITRE PREMIER

LES DEBITEURS DE LA SOCIETE

Par débiteurs de la société, nous entendrons uniquement les tiers qui, en raison d'un contrat passé avec la mutuelle, ont donné à celle-ci le droit d'exiger d'eux une prestation quelconque.

Donc ne sont pas *stricto sensu*, des débiteurs d'une mutuelle :

1° Les adhérents qui n'ont pas acquitté leur cotisation au moment où la quittance leur a été présentée ou à l'époque fixée pour le paiement; ceux qui n'ont pas satisfait à une demande du maximum de cotisation (rappel) faite après apurement des comptes d'un exercice, lorsque ce maximum n'était pas appelé au début; enfin ceux qui doivent rapporter une partie des indemnités qu'ils ont touchées, l'exercice s'étant avéré, après coup, en déficit. Toutes ces personnes à qui la mutuelle réclame un versement, sont des associés et cette qualité domine leurs rapports avec la mutuelle (cf *supra*, p. 126 et 135).

2° Les sociétés réassurées par une mutuelle et qui n'ont point réglé leurs cotisations, car, aux termes de l'art. 38, d. 1922 elles « font partie de la société réassureur au même titre que les autres sociétaires. »

3° La société, si elle est une mutuelle, auprès de laquelle une mutuelle s'est réassurée et qui doit à celle-ci des indemnités en vertu de l'art. 38 d. 1922, le réassuré étant un associé de son réassureur.

Si bien que le champ des débiteurs de la mutuelle se restreint singulièrement, puisqu'il ne comprend pas toutes les personnes qui ont une dette envers la mutuelle, mais seulement toutes ces personnes, qui ne sont pas des adhérents de la société. Ce seront donc tous les tiers qui ont contracté avec la société et n'ont pas encore rempli leurs engagements. Citons ainsi : la personne qui a acheté un bien quelconque appartenant à la mutuelle, sans en avoir payé le prix ; l'agent de la mutuelle qui a perçu, au nom de celle-ci, des cotisations et ne les a pas transmises; les directeurs ou administrateurs infidèles de la mutuelle, qui sont sous le coup d'une poursuite en restitution ou en dommages et intérêts; la société d'assurance à primes fixes, réassureur de la mutuelle, qui lui doit une indemnité; les locataires d'un immeuble appartenant à la mutuelle, pour les loyers dont ils sont redevables à celle-ci — qu'ils soient ou non assurés par elle.

A qui appartient le droit de poursuivre ces débiteurs : uniquement aux représentants de la mutuelle. Celle-ci étant une personne morale, son directeur ou son conseil d'administration sont qualifiés et sont seuls qualifiés pour exercer ces poursuites, au nom de la société. Et il faut refuser à un ou plusieurs adhérents le droit de se substituer à ces organes, pour agir directement contre les débiteurs sociaux. Plusieurs motifs commandent cette solution, dont le principal est qu'une personne morale ne peut agir en justice que par ses représentants. Mais aussi, une telle action heurterait le principe de l'égalité des adhérents, en conférant à l'associé poursuivant un privilège inadmissible à l'encontre de ses coassociés. Vainement un adhérent limiterait-il sa poursuite à sa part sociale; en outre, une telle limitation risquerait

rait d'en réduire le résultat à peu de chose pour lui et serait difficile à réaliser pratiquement.

Et si le débiteur payait volontairement à un des associés, il ne serait pas libéré, car il ne se serait pas acquitté envers son créancier. La mise en liquidation de la mutuelle ne change rien à ces solutions car la société se survivant à elle-même pour les besoins de la liquidation, c'est le liquidateur seul qui pourra agir contre les débiteurs de la société.

Signalons d'ailleurs que le débiteur poursuivi pourra opposer à la mutuelle dont il serait créancier, de son côté, la compensation, aucune des raisons qui nous l'ont fait rejeter lorsqu'elle s'exercerait entre associés, n'ayant cours ici. Mais un associé, débiteur de ses cotisations, ne pourra opposer à la mutuelle qui le poursuit, la compensation avec une créance qu'il a contre elle (vente d'un immeuble non payé à celle-ci) car ce serait porter atteinte au principe d'égalité (*supra* p. 131). Le calcul des droits des adhérents se faisant en effet d'après le montant des ressources de l'exercice, l'associé doit verser sa cotisation avant de pouvoir obtenir le remboursement d'une créance qu'il peut avoir contre la mutuelle. Les conditions de la compensation sont bien réunies, mais il s'oppose à sa réalisation un obstacle tenant aux principes mêmes de la mutualité.

Devant quel tribunal la mutuelle va-t-elle assigner, au cas de litige, ses débiteurs? Le Tribunal civil sera seul compétent, si le défendeur n'est pas commerçant. S'il s'agit d'un commerçant, au contraire, ou si l'acte est commercial à son égard, la mutuelle peut choisir le Tribunal de commerce, pour connaître de sa demande car elle peut « assigner le défendeur soit devant la juridiction civile, soit devant la juridiction commerciale » (1).

(1) Civ. 6 mai 1930, R. G. 1930, 889; J. S. 1931, 277.

CHAPITRE II

LES CREANCIERS DE LA SOCIETE

En matière de sociétés, fixer les droits exacts des créanciers sociaux est une question à la fois délicate et essentielle. Délicate car il faut tenir compte de leurs intérêts sans pour cela négliger ceux de la société et des associés; il faut, en un mot, combiner les uns et les autres. Essentielle, car les tiers qui contracteront avec la société doivent savoir sur quoi ils pourront exercer leurs créances et dans quelle mesure ils en seront remplis

En ce qui concerne les sociétés d'assurances mutuelles, le problème est encore compliqué par la double qualité de l'adhérent, associé et assuré. Et il est très difficile d'assortir les mutuelles à une catégorie de sociétés; nous leur avons reconnu le caractère de sociétés civiles, mais nous verrons qu'on ne leur en peut appliquer toutes les règles. Les mutuelles ne sont pas des sociétés de personnes car l'adhérent, en même temps qu'il contribue à former la société, devient un assuré de la société et son entrée ou sa sortie de la mutuelle ne change en rien l'être moral auquel il s'est agrégé.

Cependant, malgré des ressemblances, les mutuelles ne sont pas non plus des sociétés de capitaux. Dans ces sociétés, ce ne sont point les personnes, mais les capitaux qui sont associés. Les membres de la société dis-

paraissent entièrement derrière la personne morale, les tiers les ignorent et ne contractent que sur la foi du capital annoncé par les statuts et dont ils peuvent exiger le versement par les associés. Dans les mutuelles, les tiers ignorent les associés, aucun capital n'existe, si bien qu'ils ne peuvent exiger la libération d'une somme déterminée. La seule chose que doivent les associés à la société et qui constituera le gage des créanciers sociaux, est le prix de leur assurance : les cotisations échues. Une mutuelle est donc une société tout à fait particulière et les rapports des associés avec les créanciers sociaux seront dominés par cette règle que ceux-ci ne peuvent exiger d'eux plus que ce à quoi les statuts les obligent. Les statuts, complétés sur ce point par chaque police, fixent la limite de la responsabilité des adhérents d'une mutuelle vis-à-vis des créanciers sociaux.

Nous commencerons par rechercher quels sont les créanciers sociaux (Section 1) sans vouloir en faire autre chose qu'une liste énonciative — certains d'entre eux méritant, aussi bien, de retenir l'attention. Puis nous examinerons quels recours ces créanciers peuvent exercer contre la société (Section 2) et contre les associés (Section 3).

SECTION 1

LES DIFFERENTES CATEGORIES DE CREANCIERS SOCIAUX

Nous n'avons point pour but, dans cette partie, de donner la liste exacte de tous les tiers qui peuvent contracter avec une mutuelle et en devenir créanciers; ce serait une tâche fastidieuse et peu utile. Nous voudrions seulement montrer quels sont les créanciers

ordinaires d'une mutuelle et dans quelles conditions ils contractent avec elle. Ce sera d'ailleurs pour nous l'occasion de passer en revue les contrats qu'une mutuelle peut utiliser sans sortir pour cela de son objet. Et nous aurons à envisager le cas où la mutuelle a entrepris des opérations de nature telle qu'elles changent ses caractères et la rendent justiciable des tribunaux de commerce.

1° Les porteurs d'obligations émises par une mutuelle.

Il faut depuis le décret de 1922 considérer comme créanciers de la mutuelle tous les souscripteurs d'obligations émises par une mutuelle. L'art. 25 autorise ces emprunts, dans une certaine limite, conformément à la jurisprudence antérieure (*supra*, page 143). Remarquons d'ailleurs que les obligataires peuvent être soit des tiers, soit des associés (2).

2° Les sociétés d'assurances à primes fixes réassureurs d'une mutuelle.

Une mutuelle, réassureur d'une mutuelle n'est point créancière de cette dernière, au sens strict, car la société réassurée est une associée de l'autre. Au contraire une société à primes fixes sera créancière de la mutuelle qu'elle réassure pour les primes que celle-ci lui doit.

3° Les organes de gestion.

Sous cette dénomination, nous faisons entrer outre les directeurs, administrateurs et commissaires aux comptes, créanciers d'une mutuelle pour les émoluments auxquels ils ont droit, les agents des mutuelles pour leurs commissions, et les entreprises de gestion.

Les administrateurs sont obligatoirement des mu-

(2) Les obligations émises par les unions de mutuelles ne peuvent être souscrites que par les sociétés mutuelles adhérentes (art. 40).

tuellistes, le directeur ne l'est que si les statuts l'exigent (art. 5, al. 2 et 3 d. 1922) ; toute liberté est laissée en ce qui concerne le choix des commissaires (art. 12).

Les agents des mutuelles sont des tiers, mais des intermédiaires occasionnels peuvent être des associés et avoir droit aussi à une commission.

Enfin les entreprises de gestion, permises par le décret de 1868 (art. 31) ont été prohibées par l'art. 5 du décret de 1922, devant les abus auxquels elles donnèrent lieu. La gestion à forfait par un directeur ou une entreprise distincte a cependant pu durer 10 ans au plus après la publication du décret. Mais ce système demeurait encore possible pour les mutuelles-vie le décret du 27 juillet 1922, modifiant le décret du 12 mai 1906 sur les mutuelles-vie, décidant dans son art. 11 que ces sociétés pourraient traiter avec une entreprise de gestion, si les statuts les y autorisaient expressément. L'art. 2 de la loi du 4 février 1932 est venu à son tour, les interdire.

4° Les créanciers ordinaires.

Ce sont tous les tiers qui auront contracté avec la mutuelle, pour les besoins de l'exploitation de celle-ci : employés de la mutuelle; intermédiaires pour le placement des fonds en valeurs et immeubles; propriétaires d'immeubles loués par la mutuelle; vendeurs d'immeubles à la mutuelle. Ce seront aussi tous les associés qui se trouveront dans la situation de ces tiers, c'est-à-dire dans tous les cas où ils ne passent pas avec la mutuelle un contrat de société (adhésion) ou d'assurance.

5° Les créanciers pour opérations commerciales faites avec une mutuelle.

Mais une mutuelle peut ne pas se limiter à son activité propre et vouloir faire d'autres opérations : emprunt hors des limites de l'art. 25 d. 1922, achat d'immeubles pour les revendre. Dans ces cas, la mutuelle

cherche à réaliser des bénéfices, de société civile elle devient société commerciale.

La délimitation exacte entre les opérations qui rendent une mutuelle société commerciale et celles qui lui sont permises, est délicate. Tous les actes de commerce ne lui sont pas interdits, sans cela elle ne pourrait fonctionner; elle demeure une société civile tant qu'elle n'en fait pas sa profession habituelle (3) car alors ce seraient les opérations normales de la mutuelle qui seraient commerciales et non des actes isolés. Ainsi, outre l'émission d'emprunts et la prise de réassurances, une mutuelle pourra engager des agents et traiter avec eux; en admettant que ce soient des actes de commerce, la mutuelle ne deviendra pas pour cela seul une société commerciale (4). De là à des opérations qui rendront commerciale une mutuelle, il n'y a qu'une transition insensible : n'est pas une société civile la mutuelle qui garantit ses adhérents contre les charges d'entretien des immeubles et exécute elle-même ou fait exécuter les travaux nécessaires (5). Ainsi, il faudra permettre à une mutuelle toutes les opérations nécessaires à son exploitation, même si elles sont d'ordinaire actes de commerce, à condition qu'elles ne soient faites qu'à l'occasion des besoins de la société et dans la limite de ceux-ci. Si des actes de commerce, par contre, constituent l'exploitation ordinaire de la mutuelle, celle-ci devient une société commerciale. Les conséquences en seront la compétence du Tribunal de commerce pour tous les litiges, la mise en faillite possible de la société ; sa nullité éventuelle pour défaut d'observation des for-

(3) Com. Seine 13 décembre 1883, B. S. 3, 154; Angers 7 mars 1898, B. S. 2, 558.

(4) Req. 21 décembre 1903, R. A. 1905, 487.

(5) Req. 23 octobre 1889, S. 1892.1.63; cf. com. Seine 6 septembre 1904, R. A. 1904, 459; Paris 14 janvier 1907, R. A. 1907, 584.

malités requises pour les sociétés commerciales ; la nécessité de l'immatriculation au registre de commerce, l'obligation de tenir des livres de commerce, la charge de la patente.

Les tiers qui auront contracté avec une mutuelle devenue commerciale pourront demander et obtenir sa mise en faillite. Il y aura alors procédure organisée pour le règlement des droits des créanciers, mais vis-à-vis des adhérents ces droits ne seront pas p'us étendus qu'ils ne l'auraient été au cas de liquidation d'une mutuelle demeurée société civile (6). Cependant, un recours pourra, dans certains cas, être exercé par des créanciers contre les administrateurs.

Tels sont les tiers qui peuvent devenir créanciers d'une mutuelle ; ils peuvent être fort nombreux surtout qu'il faut y ajouter les associés qui se trouvent dans leur situation. Nous sommes ainsi bien loin de l'opinion qui soutenait que les mutuelles ne peuvent émettre d'engagements extérieurs.

SECTION II

LE RECOURS DES CREANCIERS SOCIAUX CONTRE LA SOCIETE

Des tiers ont contracté avec une mutuelle et son devenus ses créanciers ; ils veulent obtenir le remboursement de leurs créances et vont naturellement s'adresser à leurs débiteurs, la mutuelle. Celle-ci, véritable société dotée de la personnalité morale, est

(6) Cf. civ. Briey 16 décembre 1912, R. A. 1913, 444; civ. Charleville 26 décembre 1912, *ibid.* 439; civ. Perpignan 30 décembre 1912, *ibid.* 441; civ. St-Quentin 5 février 1913, *ibid.* 436, mais ces décisions admettent l'application de l'art. 1863 C. civ. (*infra* p. 233); - contra civ. Montmédy, 8 janvier 1913, *ibid.* 434.

à même de recevoir les poursuites et d'y défendre, par ses représentants. Donc, il suffira à un créancier d'assigner le directeur ou les administrateurs suivant le cas, sans avoir à mettre en cause tous les associés, ce qui était nécessaire au temps où on voulait refuser la personnalité morale aux mutuelles.

Mais au cas de dissolution d'une mutuelle, la situation ne va-t-elle pas changer ; la Chambre civile de la Cour de Cassation s'était, en effet, refusée à admettre la survie de la mutuelle en ce cas (7). Cet arrêt doit être strictement appliqué à l'espèce qu'il concernait et il ne faut pas en tirer une solution générale. Il faut au contraire affirmer qu'une mutuelle se survit à elle-même pour les besoins de sa liquidation (8). Si à la dissolution, en effet, le fonds social devenait une masse indivise, les créanciers sociaux devraient poursuivre tous les associés, ce qui est une impossibilité matérielle. De là naîtrait donc un sérieux obstacle à la réalisation de leurs droits et une atteinte à ceux-ci. Ils ont contracté avec une société et non avec un nombre variable d'associés, ils doivent, quoiqu'il arrive, pouvoir s'adresser à cette société pour obtenir leur dû. Tant que le patrimoine social n'est pas liquidé, les créanciers sociaux conservent leurs droits sur lui, qui est leur gage, et ils en poursuivront la réalisation contre le liquidateur, seul représentant qualifié de la mutuelle dissoute. La survie de la personnalité de la mutuelle à sa dissolution n'est donc pas seulement imposée par la la logique mais encore par la nécessité de ne pas porter atteinte aux droits acquis.

(7) 18 novembre 1885, S. 1886.1.111; - cf. supra p. 199.

(8) Bourgeois, p. 204; Bosvieux, J. S. 1923, 231; Houpin et Bosvieux n° 1935; cf. V. A. G. art. 46 al. 2.

Les créanciers d'une mutuelle vont s'adresser à ses représentants et vont exercer leurs droits sur le patrimoine social (9) ; il faut donc en préciser les éléments.

Ce patrimoine comprend en premier lieu, toutes les sommes, valeurs et biens se trouvant dans la caisse de la mutuelle ou qui sont sa propriété. Les créanciers vont les saisir et en empêcher la distribution ou la vente au profit d'associés ou d'autres créanciers. Et les adhérents ne pourront s'associer à ces mesures, sous prétexte, par exemple, que parmi les sommes existant dans la caisse sociale, figurent des indemnités qui leur sont dues ; nous verrons que leurs droits ne s'exerceront qu'après ceux des créanciers.

Mais le patrimoine de la société se compose aussi des créances qu'elle possède à l'encontre de ses associés ou de tiers. Au début d'un exercice, la caisse d'une mutuelle peut être presque vide, les cotisations n'ayant pas encore été versées. Les créanciers sociaux auront le droit d'agir contre les débiteurs de la mutuelle, simple application de l'art. 1166, C. Civ. Ainsi ils feront rentrer dans la caisse sociale les cotisations non encore payées ou arriérées ; ils agiront en responsabilité ou en restitution contre les administrateurs infidèles ou négligents. Bref, ils s'efforceront d'obtenir le versement de toutes les sommes dues à la mutuelle et leur diligence aura pour récompense l'accroissement de leur gage.

Les créanciers vont donc exercer leurs droits sur l'intégralité du patrimoine de la société, tenant en échec les droits des associés sur ce patrimoine. C'est

(9) Cf. V. A. G. art. 19.

qu'en effet, les associés ne peuvent prétendre qu'à une indemnité en cas de sinistre, réglée d'après les ressources de l'exercice, déduction faite des frais. Ayant apporté leur argent ou leur industrie dans l'intérêt du fonctionnement de la société, les créanciers doivent être préférés aux associés. Deux exceptions cependant restreignent leurs droits.

En ce qui concerne les assurances sur la vie, la loi du 17 mars 1905, dans son art. 7, al. 2, établit un privilège en faveur des assurés : « L'actif des entreprises françaises est affecté au règlement des opérations d'assurances par un privilège qui prendra rang après le paragraphe 6 de l'art. 2101 du Code Civil » (10). Le droit des créanciers sociaux est ainsi réduit mais seulement jusqu'à concurrence de la portion d'actif représentant les réserves mathématiques, la réserve de garantie et les comptes de bénéfices, lorsque ceux-ci ne sont pas distribués après chaque exercice. En dehors de là, les créanciers conservent tous leurs droits. Une disposition analogue de la loi limite les droits des créanciers sur la même portion d'actif des sociétés étrangères, qui doit être déposée à la Caisse des dépôts et consignations (art. 7, al. 3).

La création de branches d'assurances spéciales et autonomes à l'intérieur d'une mutuelle va créer aussi une situation particulière aux créanciers sociaux. Ces créanciers n'auront aucun recours sur les biens appartenant à une branche autonome, ils ne pourront agir que sur le patrimoine général de la mutuelle (supra, p. 158).

10) Cf. V. A. G. art. 61; loi suisse du 25 juin 1930, art. 14; - pour les accidents du travail, L. 9 avril 1898, art. 23 et 27. « Le montant des réserves mathématiques et des cautionnements sera affecté par privilège au paiement des pensions et des indemnités ».

Comment la mutuelle pourra-t-elle se soustraire aux poursuites de ses créanciers ? Nous avons dit qu'on ne peut leur opposer que certaines sommes représentant des indemnités qui devraient être versées aux associés sinistrés. Mais la mutuelle pourra se servir de toutes les exceptions à la disposition d'un débiteur, en particulier de la compensation. Elle ne pourra cependant opposer la compensation à un de ses associés, débiteur de cotisations, mais créancier de la mutuelle pour d'autres raisons (il a souscrit un emprunt émis par la société ou lui a vendu un immeuble dont elle n'a pas payé le prix) pour les motifs que nous avons exposés plus haut (*supra*, p. 219). Au contraire, elle pourra fort bien s'en servir lorsqu'un associé, son créancier, la poursuit tout en étant son débiteur pour une cause autre que le contrat d'assurance (location impayée d'un immeuble de la mutuelle).

Le tribunal compétent pour connaître de tous litiges en la matière est le Tribunal civil (11). Les Tribunaux de commerce sont incompétents de même que les Conseils de Prud'homme : c'est une incompétence *ratione materiæ*. La mutuelle sera défenderesse aux poursuites de ses créanciers et l'incompétence des Tribunaux de commerce sera absolue et d'ordre public : elle peut être opposée en tout état de cause, même en appel et pour la première fois en cassation, par une des parties ; le Tribunal de commerce devra se déclarer incompétent et une clause des statuts lui attribuant compétence serait sans valeur (12).

(11) Sur le principe, pour les contestations entre la mutuelle et ses assurés : Req. 15 juillet 1884, S. 1885.1.348.

(12) Paris 2 mai 1850, B. M. 2, 103; Paris 2 juillet 1897, J. A. 1898, p. 116.

SECTION III

LE RECOURS DES CREANCIERS SOCIAUX CONTRE LES ASSOCIES

Les créanciers de la société ont épuisé leur recours contre elle : le patrimoine de la mutuelle s'est avéré incapable de les remplir de leurs droits. Vont-ils pouvoir se retourner contre les associés et leur réclamer leurs créances ? Il faut donc rechercher si, en principe, les associés peuvent être poursuivis sur leurs biens pour les engagements pris par la société et dans quelle mesure.

§ 1. — LES ADHÉRENTS SONT-ILS PERSONNELLEMENT RESPONSABLES VIS-A-VIS DES CRÉANCIERS SOCIAUX ?

La question fut vivement débattue, en doctrine et en jurisprudence, au cours du XIX^e siècle et c'est seulement le décret du 8 mars 1922 qui est venu lui donner une solution définitive, consacrant d'ailleurs celle adoptée par la majorité des auteurs et des tribunaux. Le décret du 22 janvier 1868 avait, en effet, laissé le champ libre à l'interprétation ; l'art. 29 disposait : « Les tarifs annexés aux statuts fixent, par degrés de risques, le maximum de la contribution annuelle dont chaque sociétaire est passible pour le paiement des sinistres » et l'art. 31 : « Les statuts déterminent également le maximum de la contribution annuelle qui peut être exigée de chaque sociétaire pour frais de gestion de la société. » Il n'y avait, en fait, aucune solution formelle et les liquidateurs de mutuelles ne se firent pas faute d'essayer d'interpréter ces textes dans le sens qui leur permettrait d'obtenir

.

le plus possible des adhérents. On peut ramener à trois les opinions qui furent soutenues et celle qui fut adoptée par le décret de 1922 :

1° La mutuelle n'a pas la personnalité morale.

Certains tribunaux, sans refuser directement aux mutuelles la personnalité morale qui leur était reconnue depuis longtemps (supra, p. 41) arrivaient par leurs décisions à en annihiler les conséquences. La Cour de Paris, le 19 avril 1893 (13) déclarait que « les tiers sont réputés avoir contracté avec les associés eux-mêmes et jouissent contre ces derniers d'une action directe et prsonnelle pour la quote-part correspondant au chiffre de la cotisation de chacun d'eux et jusqu'à concurrence des annuités restant à courir de cette cotisation. »

Ainsi, la personnalité de la société n'absorbait plus celle des associés vis-à-vis des tiers, qui pouvaient leur réclamer toutes les cotisations dues pour la durée de leur assurance. Cette solution est d'abord en contradiction formelle avec la nature des mutuelles, sociétés pleinement capables. Mais, en outre, elle impose une lourde charge aux mutuellistes qui, au jour de la dissolution ou de la faillite de la société (si elle a fait des opérations commerciales) ne seront plus garantis et devront cependant payer toutes les cotisations prévues au contrat, ce qui heurte le principe qu'il n'est dû de prime que s'il y a un risque.

2° Application aux mutuelles de l'art. 1863 C. Civ.

Le raisonnement est tout à fait simple à faire : l'adhérent devient un associé, membre d'une mutuelle, société civile à laquelle s'appliquent les règles du C. civ. (14). Et de plus, le décret de 1868 ne fixant le

(13) J. A. 1893, 226; - adde civ. Seine 19 décembre 1907, La Loi 5 janvier 1908, J. S. 1910, 523 (sommaire).

(14) Saintelette, De la contribution personnelle des associés, R. A. 1914, 408 et s.

maximum de cotisation que pour les sinistres et les frais de gestion, non pour les dettes sociales. De même reconnaissant que les mutuelles ont la personnalité morale, en tant que sociétés civiles, certains tribunaux en ont déduit que les règles du Code civil devaient s'appliquer en la matière. Par suite, ils décidaient que les associés, loin de voir leur responsabilité limitée à la constitution d'un fonds social, que les mutuelles ne possédaient pas, étaient tenus conformément à l'art. 1863, C. civ., chacun pour une part égale, quel que soit leur intérêt dans la société, au paiement du passif social (15). Le danger était très grand pour les adhérents d'une mutuelle, ils risquaient de se voir rechercher pour des sommes importantes, hors de proportion avec leur intérêt dans la société : c'était consacrer leur responsabilité indéfinie (16). Heureusement, la majorité des tribunaux s'y refusait (17). La technique des mutuelles ne permet point, aussi bien, d'appliquer les règles des sociétés civiles dans leur forme même : la responsabilité indéfinie des adhérents est en opposition avec le but des mutuelles qui est de garantir les adhérents au plus juste prix, prix qui leur est connu d'avance et qu'ils ont accepté. Aussi, faire application de l'art. 1863 C. civ., c'est porter atteinte au contrat librement débattu entre les parties, c'est charger l'adhérent d'une obligation à laquelle il n'a pas consenti. Quant aux intérêts des tiers, ils ne sont point méconnus « car — ainsi

(15) Civ. Briey, 16 décembre 1912, R. A. 1913, 444; civ. Charleville 26 décembre 1912, *ibid.* 439; civ. Perpignan 30 décembre 1912, *ibid.* 441; civ. St-Quentin 5 février 1913, *ibid.* 436.

(16) Sainctelette, *loc. cit.*, admettait que la responsabilité des mutualistes devait être proportionnelle à l'importance de leurs valeurs assurées.

(17) Ainsi: civ. Sisteron 29 avril 1912, G. P. 1913.1.239; civ. Montmédy 8 janvier 1913, R. A. 1913, 434; civ. Tours 28 novembre 1913, G. P. 1914.1.358, R. A. 1914, 192; cf. page 69, note 7.

que s'exprimait le Tribunal civil de Montmédy dans son jugement du 8 janvier 1913 — les créanciers n'ont pu compter, pour la garantie de leurs créances, que sur les diverses sommes dues par les adhérents en vertu des statuts. » Les tribunaux qui appliquaient l'art. 1863 C. civ., admettaient d'ailleurs qu'une clause des statuts pût limiter la responsabilité des adhérents (18) mais le danger que nous signalions n'en existait pas moins car, d'ordinaire, les statuts ne renfermaient pas une clause.

3° Les associés ne sont pas personnellement responsables vis-à-vis des créanciers sociaux.

Tel est le principe qui se dégageait de la majorité des arrêts de la jurisprudence (19) malgré d'importantes divergences, que nous avons vues. Il était adopté aussi par la doctrine (20) et a été définitivement et explicitement consacré par le décret du 8 mars 1922.

L'idée même de mutualité implique que les adhérents ne soient point soumis à des obligations indéfinies, mais seulement à celles qu'ils ont acceptées, en connaissance de cause, lorsqu'ils ont contracté. C'est pourquoi le décret de 1922 exige que les adhérents soient informés de l'étendue de leurs engagements avant d'entrer dans une mutuelle. L'art. 21 décide que « les statuts fixent le maximum de contribution annuelle dont chaque sociétaire est passible pour faire face au seul paiement des sinistres » ; l'art. 23, que « les statuts déterminent également le maximum de la contribution annuelle qui peut être exigé de

(18) Cf. civ. Perpignan, préc.; - contra Saintelette, loc. cit., qui n'admet la valeur de cette clause que si les tiers l'ont acceptée en contractant.

(19) Adde aux décisions citées supra, n. 17; Paris 15 février 1877, D. 1877.2.233.

(20) Astresse, n° 345; Bourgeois, p. 273; Vié, Etendue des obligations des sociétaires dans les mutuelles, A. M. 1913, 265, 401 et s.; 1914, 1 et 41 et s.

chaque sociétaire pour frais de gestion de la société. » Et, disposition capitale pour les adhérents, l'art. 23 continue : « En aucun cas, et pour quelque obligation que ce soit incombant à la société, sauf en ce qui concerne l'augmentation des charges fiscales, le sociétaire ne peut être tenu au delà du maximum de cotisation prévu à l'art. 21 et au présent article. » Donc les tiers sauront, ou devront savoir, lorsqu'ils contracteront avec une mutuelle, qu'ils ne pourront pas en poursuivre les adhérents sur leurs biens personnels. En effet, s'ils se reportent aux statuts, que la loi oblige les mutuelles à publier, ils y verront que les associés ne s'engagent pas à fournir un capital social quelconque, ni à payer les dettes sociales sur leurs biens propres. Leur seule obligation est le paiement d'une contribution annuelle servant à faire face aux indemnités et aux frais de gestion. En dehors de là, il ne peut y avoir de dettes sociales et c'est pourquoi les textes n'ont pas eu à prévoir leur règlement. Tout le passif social se ramène soit aux indemnités, soit aux frais de gestion, ainsi les emprunts qui doivent être amortis par une réserve prélevée sur la part de cotisation pour frais de gestion. Si les administrateurs créent des dettes à la société en dehors de leurs pouvoirs statutaires, ils en seront responsables et les créanciers ne pourront que s'adresser à eux. Il serait d'un autre côté assez curieux de donner un droit de recours indéfini aux tiers, alors que les adhérents ne sont pas solidaires entre eux. Cette solution est fort juste, elle protège les adhérents contre une responsabilité illimitée, donne une grande sécurité à leur engagement et permet aux mutuelles de se développer sans craindre la concurrence des sociétés à primes fixes.

C'est d'ailleurs la solution que nous donne le droit allemand : l'art. 19 de la loi du 12 mai 1901 dispose :

« Les membres de l'association ne sont pas personnellement obligés envers les créanciers de l'association » (21). Quant au Code de commerce italien, le texte qui règle la matière est assez obscur et diversement interprété. L'art. 243 décide en effet que « les associés ne sont tenus de contribuer que dans la limite fixée par le contrat » mais il ajoute « en aucun cas, ils ne sont tenus vis-à-vis des tiers au delà de leur part proportionnelle dans la valeur de la chose mise en société. » Il est difficile de donner à ce texte une portée exacte ; en son début, il semble limiter l'engagement de l'adhérent à la contribution fixée au contrat, puis il change ensuite la portée de la responsabilité de l'adhérent. Il faut alors admettre que la première partie s'applique envers la société, la seconde envers les tiers. Donc la limite de la responsabilité des adhérents envers les tiers est « leur part proportionnelle dans la valeur de la chose mise en société » c'est-à-dire leur valeur assurée. On n'admet pas, certes, que la chose assurée soit affectée au paiement des tiers, mais seulement que sa valeur marque le maximum de responsabilité pécuniaire des adhérents : on calculera le rapport de la valeur assurée par chacun, d'un côté et celui du passif social, d'un autre côté, à l'ensemble des valeurs assurées et on aura ainsi le pourcentage dû par chaque adhérent. Si bien que la part des adhérents peut être très importante et on voit le danger très grave pour ceux-ci, la valeur de la chose qu'ils ont assurée servant de gage aux créanciers sociaux ! Et cette responsabilité est entièrement indépendante de la contribution due par les adhérents (22).

(21) Cf. Ehrenberg, *op. cit.* p. 142 et s.

(22) Gasca, *op. cit.* p. 364 et s.; Vivante n'admet cette solution que si les statuts ne fixent pas un maximum de responsabilité des associés.

§ 2. — MESURE DE L'OBLIGATION DES ASSOCIÉS
AU PAIEMENT DU PASSIF SOCIAL.

Les associés sont donc tenus uniquement de verser leurs cotisations et les tiers ne sauraient exiger davantage d'eux ; nous envisagerons donc le recours des créanciers sociaux sur les cotisations dues par les adhérents (1°). Mais nous aurons à nous préoccuper aussi de leur recours sur les indemnités (2°). Enfin, nous examinerons la question du remboursement des emprunts (3°).

1° *Les cotisations.*

Les cotisations des adhérents constituent le gage des créanciers sociaux, mais encore faut-il préciser.

Les cotisations échues sont dues à la mutuelle — l'action en paiement fait partie du patrimoine social, comme nous l'avons vu — par les adhérents, et les tiers en feront poursuivre le recouvrement par le liquidateur de la mutuelle ou le syndic, lorsque la société aura fait des opérations commerciales et aura été mise en faillite. L'adhérent a été garanti jusqu'au jour de la liquidation ou de la faillite, il doit en payer le prix.

Les cotisations à échoir peuvent-elles être réclamées par les créanciers sociaux ? Un adhérent a contracté une police d'assurance incendie pour 10 ans ; au cours de la troisième année, la société se dissout, va-t-il devoir fournir aux créanciers sociaux les sept cotisations qu'il aurait dû verser à la mutuelle, si elle avait continué à exister ? En d'autres termes, on arriverait, avec cette solution, à faire exécuter à l'adhérent ses obligations alors que la mutuelle ne les remplit plus, et ne peut plus les remplir envers lui. Des tribunaux l'avaient cependant admis (supra, p. 232)

prétendant que les associés étaient censés avoir traité avec les tiers. Nous avons réfuté ce système et nous refuserons aux tiers le droit de faire payer aux associés leurs cotisations à venir. Les principes de la mutualité aussi bien, exigent impérieusement qu'il n'y ait de cotisation payée qu'en contre-partie de la garantie d'un risque ; dès qu'une mutuelle est dissoute, les contrats d'assurance sont résiliés pour l'avenir et si la mutuelle ne peut plus réclamer de cotisations, ses créanciers ne le peuvent, à plus forte raison, car ils ne peuvent exercer que les actions qui existent dans le patrimoine de leur débiteur. La jurisprudence, dans sa grande majorité, ne s'y était pas trompée et se bornait à permettre aux créanciers sociaux de poursuivre le recouvrement des cotisations échues au jour de la dissolution, limitant ainsi leur engagement à celui qu'ils avaient connu et accepté en adhérant à la mutuelle (23).

Les associés vont-ils pouvoir essayer de s'affranchir du paiement des cotisations échues qu'on leur réclame ? Ils ne le pourront pas :

a) En invoquant la compensation entre ces cotisations et une indemnité que leur devrait la mutuelle, car elle n'est pas possible entre associés, et les créanciers ne font qu'exercer l'action de la mutuelle (24).

b) En invoquant la résolution de leur contrat, qui les libérerait de leur obligation de payer une cotisation. Si le contrat est résilié automatiquement par la dissolution de la mutuelle, ses effets n'en subsistent pas moins dans le passé et les cotisations échues sont dues (25). L'adhérent ne peut, en effet, se décharger d'une obligation à laquelle il était tenu lorsque la

(23) Civ. 18 novembre 1885, S. 1886.1.111, sol. implic. civ. Montmédy 8 janvier 1913, R. A. 1913, 434.

(24) Supra p. 131 ; - contra Gasca, op. cit. p. 364.

(25) Civ. Seine 6 mai 1890, G. P. 1890.2.524.

mutuelle exécutait on pouvait exécuter les siennes envers lui. Mais la jurisprudence admet que les cotisations ne sont plus dues s'il est prouvé en fait, que la mutuelle était dans une situation telle qu'elle n'aurait pas pu faire face à ses obligations (26). Cette solution, certaine entre associés, doit-elle s'appliquer vis-à-vis des tiers, on serait tenté de l'affirmer, mais c'est une question de fait difficile à résoudre du point de vue doctrinal. Il faudra envisager les circonstances dans lesquelles les tiers ont contracté et leur donner une action en responsabilité contre les organes responsables de la mutuelle.

c) En invoquant le fait que la liquidation des charges n'a eu lieu que postérieurement à la dissolution de la mutuelle, car il ne faut considérer que le fait qui leur a donné naissance et qui est antérieur (27). D'ailleurs un argument d'analogie est fourni par la liquidation des charges d'un exercice, qui ne peut avoir lieu qu'après la clôture de cet exercice.

Les créanciers sociaux ne peuvent poursuivre que les associés débiteurs de cotisations envers la mutuelle, mais il faut leur donner ce droit à l'encontre d'anciens associés qui doivent encore des cotisations arriérées.

2° *Les indemnités.*

Les indemnités perçues par les adhérents sinistrés ne sont que les cotisations moins les frais de gestion ; les créanciers sociaux vont-ils pouvoir réclamer leur part de ces indemnités ou le rapport de celles qui ont été payées, jusqu'à concurrence du passif ?

(26) Req. 30 avril 1918, J. A. 1918, 164.

(27) Civ. Seine, 6 mai 1890, préc.

En ce qui concerne les indemnités échues depuis la dissolution de la mutuelle, elles ne peuvent être payées aux sinistrés car elles sont saisies par les créanciers sociaux et affectées au règlement de leurs créances, par préférence.

Les indemnités non encore payées ne pourront l'être, les créanciers les ayant trouvées dans la caisse sociale se paieront dessus, et les sinistrés ne toucheront que le surplus.

Enfin les indemnités payées aux sinistrés n'ont point, en principe, à être rapportées. Elles ne se trouvent pas dans la caisse sociale, elles sont l'exacte application des règles sociales, les créanciers n'ont aucun droit sur elles et d'ailleurs la difficulté de les réclamer annihilerait en pratique tout recours. Mais il en sera différemment lorsque le règlement des indemnités aura été fait en lésant les droits des tiers. Une créance, par exemple, devait être payée au cours d'un exercice et aurait dû, normalement, être déduite de la masse à partager entre les sinistrés ; il n'en a pas été décidé ainsi et le créancier ne trouve plus rien dans la caisse de la société. Il pourra alors demander le rapport de ces sommes partagées à son préjudice soit totalement soit proportionnellement, pour chaque sinistré, à ce qui est dû.

Mais, quelle que soit sa date — si elle est antérieure à la dissolution — une indemnité régulièrement payée à un associé sinistré ne peut être réclamée par les créanciers car elle est en règle à la fois avec les prescriptions du règlement entre associés et les droits des tiers.

3° *Le remboursement des emprunts.*

L'émission d'emprunts avait toujours suscité des difficultés soit sur son principe, soit sur le rembour-

sement des obligations (supra, p. 143). La jurisprudence décidait que les associés n'étaient responsables des emprunts que dans les limites de leur maximum de cotisation ce que contestaient certains auteurs qui voulaient que les associés fussent tenus sans limite (28)). Mais elle voulait aussi que les emprunts ne fussent qu'à la charge des exercices qui en avaient profité (29). Donc seuls les associés, membres de la mutuelle au cours de l'exercice où l'emprunt fut émis, devraient être tenus de le rembourser. Fallait-il donc rappeler des cotisations ou des suppléments de cotisations, nous ne le pensons pas car, outre qu'il est difficile d'établir si un seul exercice, et non pas plusieurs, a profité de l'emprunt, c'était exposer d'anciens associés à des poursuites et ruiner le crédit des mutuelles (30). Depuis le décret de 1922, la solution ne peut plus faire de doute car l'art. 25 s'est préoccupé de l'amortissement, donc du remboursement des emprunts, chaque exercice devant y contribuer. Aussi les obligataires n'auront-ils de recours que sur le fonds ainsi créé et s'il est insuffisant, sur le patrimoine de la mutuelle et les cotisations échues, comme les autres créanciers.

Tels sont les droits des créanciers sociaux à l'encontre de la mutuelle et de ses adhérents. Leur situation n'est certes pas des plus favorables, si l'on envisage un passif très important. Mais une mutuelle n'est point une société commerciale, elle n'a pas un but spéculatif, aussi toutes les fois qu'une mutuelle offrira à un tiers un contrat qui n'est point de ceux que passe ordinairement une mutuelle, ce tiers

(28) Sainctelette, R. A. 1914, 408 et s.

(29) Civ. Seine 13 février 1883, J. A. 1883, 87 ; Paris 7 juin 1883, B. S. 2, 30.

(30) Astresse n° 345; Meurisse, p. 102.

devra se renseigner pour éviter d'être lésé. D'ailleurs une telle mutuelle deviendrait commerciale et serait mise en faillite, et les sages précautions imposées par la doctrine, la jurisprudence et les textes réglementaires ont fort réduit les cas où elle peut se produire. Les tiers donc ne contracteront pas avec une mutuelle sans prendre connaissance des garanties qu'elle leur offre et seront ainsi avertis de la responsabilité très limitée des adhérents.

Quant à ceux-ci, ils devaient être protégés contre les dangers d'un passif considérable à solder, autrement leur situation n'aurait pû être supportée et personne n'aurait voulu contracter avec une mutuelle. Souvent, en effet, ils ne peuvent se rendre compte de la situation patrimoniale de la société et il est indispensable qu'ils soient sûrs qu'une fois que leur cotisation a été payée à la mutuelle, il ne peut plus rien leur être réclamé.

CHAPITRE III

LES CREANCIERS PERSONNELS DES ASSOCIES

Les associés n'ont pas forcément limité leurs contrats à ceux passés avec la mutuelle, ils ont pu en conclure avec des tiers qui sont devenus leurs créanciers. Ils sont étrangers à la mutuelle et ils n'ont aucun recours de leur chef contre elle.

Lorsque leur débiteur se sera révélé insolvable vis-à-vis d'eux, ils ne peuvent se retourner contre la mutuelle, celle-ci ignore leur situation vis-à-vis de son associé. D'ailleurs à quoi pourraient-ils prétendre, puisque le droit de l'associé au versement d'une somme d'argent par la mutuelle, ne naîtra que le jour où un sinistre aura eu lieu. Le créancier personnel de l'associé ne peut pas plus demander la dissolution de la société et le partage de son actif, car son débiteur ne le peut, cela ne donnerait rien ni à son débiteur ni à lui-même.

Mais un créancier d'un associé est un ayant cause vis-à-vis de lui et peut, par suite, exercer toutes les actions qui sont à la disposition de celui-ci (article 1166 C. civ.). Comme il n'a intérêt à agir que s'il doit trouver de quoi se remplir de ses droits, il ne faut admettre son action que toutes les fois où l'associé a un droit réalisable : il a subi un sinistre et

a droit à une indemnité ; il a demandé le rachat de sa police d'assurance sur la vie ; il a droit à une répartition d'excédent. Dans tous ces cas, le créancier pourra poursuivre l'exécution de la prestation due à son débiteur, sous réserve de se voir appliquer les règles sociales concernant les actions contre la mutuelle, ainsi pour les demandes en paiement d'indemnité. Enfin il lui sera possible de faire saisie-arrêt, entre les mains de la mutuelle, sur les sommes que celle-ci peut avoir à verser à son adhérent.

Les créanciers personnels des associés d'une mutuelle vont pouvoir se trouver en conflit avec les créanciers sociaux, car leurs droits portent sur les mêmes biens. Aucune difficulté ne peut s'élever, les créanciers personnels n'ont que les droits des associés, leurs débiteurs, et ces derniers se voient préférer les créanciers sociaux. Aussi lorsque ceux-ci poursuivent le désintéressement de leurs créances sur les biens sociaux, les créanciers personnels des associés ne peuvent venir en concours avec eux ; ils ne pourront exercer leurs droits que sur le restant du patrimoine de la société, sur la part qui en doit revenir à leur débiteur.

CONCLUSION

Il est un usage, dans une conclusion, et nous ne saurions y manquer, celui de rappeler la définition donnée au début et de triompher en montrant comment tout ce qu'on a étudié en prouve la justesse.

Nous avons vu, en effet, le mécanisme de la mise en commun des cotisations et celui de leur répartition entre les sinistrés. Mais la simplicité même de cette définition laisse croire que ces diverses opérations sont faciles à réaliser, notre étude nous a révélé qu'il n'en était rien. Elle a cependant l'avantage de montrer dès l'abord le lien qui réunit les uns aux autres les différents assurés et de décélérer ainsi leur qualité d'associé. Il y a eu volonté commune de plusieurs personnes de se prémunir elles-mêmes contre divers risques et non demande, à un organisme préexistant, de s'en charger.

Nous avons examiné rapidement l'histoire des mutuelles depuis leur véritable création, au début du XIX^e siècle, mais au fond, c'est leur histoire très détaillée que nous avons tracée tout au long de notre étude. Ce ne sont point en effet des institutions figées, mais au contraire encore en pleine évolution. Cet historique nous a montré quel abîme sépare les premières mutuelles de celles que nous voyons aujourd'hui. Jadis les mutuellistes étaient des personnes qui, se connaissant, se réunissaient pour supporter en commun un risque qui les aurait accablés, chacun pris individuellement et qui était ainsi rendu suppor-

table. Puis les mutuelles grandirent, leur essor même atténua leurs caractères primitifs. Actuellement et déjà depuis longtemps, existent des mutuelles assurant des milliers d'adhérents et des millions de valeurs assurées, immenses organismes anonymes et où les mutuellistes ne peuvent se connaître. La situation de l'adhérent s'en est trouvée modifiée.

Autrefois c'était un lieu commun d'opposer le mutuelliste, à la fois associé et assuré, à l'assuré d'une compagnie, qui n'est qu'un tiers. Les deux situations se sont rapprochées et il faut bien reconnaître que l'adhérent qui s'adresse à une grande mutuelle est exactement placé vis-à-vis d'elle comme l'est l'assuré vis-à-vis d'une compagnie : il ignore ses coassociés, sa cotisation est fixe, son indemnité aussi grâce aux réserves. Ces deux formes d'assurances supposent une mutualité, c'est-à-dire un groupement d'individus exposées aux mêmes risques et se protégeant mutuellement contre les conséquences de ces risques qui le menacent tous (1). Mais, dans les mutuelles, cette mutualité est ou doit être consciente, elle est inconsciente dans les compagnies (2). De là, il suit qu'en droit, malgré toutes les apparences de fait, l'adhérent d'une mutuelle a une situation particulière : il est un associé en même temps qu'un assuré.

Dans certaines branches d'assurance exploitées par des mutuelles, les caractères de l'assurance mutuelle semblent avoir disparu presque complètement, ainsi les branches-vie et accidents du travail. Dans ces mutuelles, la société prend vis-à-vis des adhérents l'engagement de leur payer une somme déter-

(1) Hémard, Tr. ass. terr. N° 53.

(2) Chaufton, Les ass. N° 108.

minée à une époque fixée, ou à l'occasion d'un certain événement, aucune réduction ne peut avoir lieu, l'indemnité ou le bénéfice devant être payé intégralement. C'est qu'en raison de leurs traits propres, de leur importance sociale, ces assurances ont été strictement réglementées par le législateur. Les textes abondent : pour les mutuelles-vie, L. 17 mars 1905, d. 12 mai 1906 et 27 juillet 1922, L. 4 février 1932; pour les mutuelles accidents du travail : L. 9 avril 1898, 31 mars 1905, 31 juillet 1920 et 7 avril 1926, d. 28 février 1899 et 8 mars 1922.

Les sociétés d'assurances mutuelles sur la vie sont soumises à la formalité de l'enregistrement, elles doivent constituer et un fonds de premier établissement et un fonds temporaire de garantie; elles sont obligées aussi de créer une réserve mathématique, bref elles doivent donner de sérieuses garanties qui seront contrôlées périodiquement. Les sociétés d'assurances mutuelles contre les accidents du travail sont obligées, de leur côté, de verser un cautionnement, elles doivent aussi constituer une réserve mathématique et elles sont soumises à un contrôle sérieux. Le but du législateur a été, dans les deux cas, de rendre certaine l'exécution des engagements de ces sociétés, soit pour protéger les assurés, soit pour éviter au Fonds de garantie d'être obligé de payer pour un assureur défaillant. Le résultat est que les règles que nous avons exposées, concernant la réduction des indemnités ou même la fixation des cotisations (un minimum obligatoire existe pour les cotisations dans l'assurance-vie), ne peuvent s'appliquer ici. Faut-il en conclure qu'il n'y a pas, en la matière, de mutuelles ? Nous ne le croyons pas car non seulement les règles de constitution diffèrent sensiblement de celles adoptées pour les compagnies puisque les mutuelles n'ont pas de capital social et de-

meurent des sociétés civiles; mais encore, toutes les solutions que nous avons dégagées et qui découlent de la double qualité de l'adhérent d'une mutuelle doivent être prises en considération aussi bien dans les mutuelles-vie que dans les mutuelles ordinaires (principe de l'égalité et ses conséquences).

La jurisprudence a toujours, comme la doctrine, insisté sur cette double qualité et nous avons nous-même pris cette distinction pour plan de notre étude, tout en nous défendant d'en faire un système (supra p. 124). Elle s'inspire du fond même de la mutualité, mais il serait dangereux de la pousser à ses conséquences extrêmes. Certes, il existe des cas où l'intérêt de l'associé et celui de l'assuré ne sont pas d'accord et d'autres où l'un de ces intérêts seul est en question. Mais il ne faut pas les faire jouer l'un contre l'autre et faire tenir trop facilement en échec les droits de l'associé par ceux de l'assuré ou inversement. Ainsi, une certaine jurisprudence appuyée par quelques auteurs ⁽³⁾ veut admettre comme limite aux droits des assemblées extraordinaires des mutuelles, que celles-ci peuvent modifier les statuts pour les appliquer aux contrats en cours, uniquement en ce qui concerne les droits de l'associé et non pour ce qui touche aux droits de l'assuré. C'est une distinction trop arbitraire que les textes n'admettent pas (art. 1, d. 1922) et que rien ne peut appuyer : la seule limite en l'espèce ce sont les droits essentiels des adhérents, qui concernent les prérogatives qu'ils tirent tant du fait de leur association que de leur contrat d'assurance.

Mais il semble que la jurisprudence la plus récente, influencée peut-être par le rapprochement de fait

(3) Rouen 3 avril 1930, R. G. 1930, 528; Civ. 26 février 1935 (2 arrêts) S. 1935.1.171; cf. Sumien N° 242.

des mutuelles et des compagnies, considère, de moins en moins, le mutuelliste comme un associé. Certes, elle ne peut, au cours de l'existence du contrat d'assurance, tenir en échec les principes de la mutualité; mais lorsque celui-ci réalise son objet, c'est-à-dire qu'une indemnité est due à l'adhérent, plusieurs arrêts récents n'y veulent plus voir qu'un créancier (4). D'après ces arrêts, au jour de l'arrivée d'un sinistre, l'adhérent devient aussi créancier de la mutuelle pour les indemnités auxquelles sa police lui donne droit. Cette solution est fort acceptable, si on admet que toute personne qui peut exiger une prestation d'une autre en est créancière; elle l'est d'autant plus que l'arrêt de la Chambre civile du 12 mai 1936 décide seulement que l'adhérent d'une mutuelle « s'il est véritablement un associé devient aussi le créancier de la société, le jour où survient un sinistre ». Mais les conséquences tirées de cette qualité par l'arrêt du 11 juin 1936 sont inacceptables et nous les avons déjà repoussées (supra p. 115). En effet, on est enfermé dans un dilemme : l'adhérent sinistré demeure un associé ou il devient un créancier ordinaire. S'il demeure un associé, on doit lui refuser par suite de l'effet du principe de l'égalité des adhérents, le droit de se prévaloir de l'hypothèque judiciaire pour le recouvrement de son indemnité, le droit de compenser celle-ci avec ses cotisations arriérées, le droit de faire saisie-arrêt sur un de ses co-associés. Au contraire, s'il devient un créancier ordinaire « on ne saurait lui refuser les droits et avantages reconnus par la loi à un créancier quelconque, notamment le droit de faire inscrire l'hypothèque attachée aux jugements

(4) Civ. 12 mai 1936, G. P. 1936.2.247, R. G. 1936, 772, n. M. P.; 11 juin 1936, G. P. 1^{er} octobre 1936.

portant condamnation... Le principe de l'égalité des adhérents n'est nullement méconnu par cette solution, puisqu'il appartiendra à chaque sinistré ayant obtenu contre la mutuelle un jugement de condamnation, de procéder pour son propre compte à l'inscription de l'hypothèque attachée à ce jugement et de se prévaloir ainsi de son titre de créancier, qui ne saurait être neutralisé et tenu en échec par sa qualité d'associé » (5). Dans ce cas, aucune raison ne peut plus s'opposer à ce que l'adhérent sinistré puisse compenser ou faire saisie-arrêt : il est un créancier ordinaire.

Dès qu'on parle d'hypothèque judiciaire, les critiques formulées contre cette institution surgissent et nous voyons ici toute leur justesse (6). Il est, en effet, inadmissible qu'un assuré sinistré quelconque puisse, pour une indemnité peut être très faible, prendre inscription sur tous les immeubles de la mutuelle (7). Le résultat sera que tous les sinistrés voudront jouir de cette garantie et qu'au lieu d'accepter les règles simples pour l'évaluation et le paiement des sinistres qui sont admises dans les mutuelles, ils vont agir en justice pour obtenir un droit de préférence. Les procès se multiplieront car les assurés sauront qu'une hypothèque pour le recouvrement de leur indemnité est le prix de leur diligence.

« Aucun texte, déclare la Chambre civile, ne retire directement ou indirectement (à l'adhérent), le bénéfice d'une garantie qui, indépendante de la source de la créance, tend à assurer l'exécution des décisions de justice et existe de plein droit, sans que le débiteur

(5) Civ. 11 juin 1936, préc.

(6) Becqué, Surétés réelles, dans Planiol et Ripert. Tr. pratique de dr. civ. t. XII, 1^{re} partie, p. 523; Hémar, Précis de dr. civ. t. 2, 2^e éd., n° 2150.

(7) Jossierand, n. sous civ. Toulouse 13 avril 1905, D. 1906.2.105.

puisse s'opposer à sa réalisation. ». Ces critiques, nous le voyons, ne sont pas parvenues à supprimer dans notre droit l'hypothèque judiciaire, mais, en la matière, des arguments tirés des principes qui régissent les mutuelles doivent en faire écarter l'application.

Il est évident, aussi bien, qu'une mutuelle ne peut consentir à son adhérent, au moment où il contracte, une hypothèque pour garantir l'indemnité qui lui est promise en cas de sinistre. Comment admettre qu'un jugement puisse faire ce que la mutuelle ne pouvait, non point parce qu'elle ne voulait pas, mais parce que le principe de l'égalité des adhérents s'y opposait ? Il ne faut pas perdre de vue la qualité d'associé de l'adhérent, qui s'oppose à l'admission d'une telle solution : lorsqu'il contracte, l'adhérent d'une mutuelle ne fait pas un contrat ordinaire, mais un contrat d'assurance mutuelle. Contre une cotisation qui peut varier (et qui doit varier, en fait, sous quelque forme que ce soit), on lui promet seulement une indemnité, susceptible aussi d'être variable. Il est donc loin de la situation du créancier à qui est promise une prestation fixe. Au jour de l'arrivée du sinistre, la fixation de son indemnité dépend des règles propres aux mutuelles, car « l'assuré est non un créancier de la société, mais bien un associé, participant à ce titre, à la constitution d'un fonds commun destiné à être réparti entre les associés sinistrés, conformément aux prévisions des statuts et du décret (du 8 mars 1922) » (8). Si bien qu'un assuré ne doit pas pouvoir faire inscrire sur les immeubles sociaux l'hypothèque garantissant son indemnité, d'autant plus que celle-ci, déjà forcément faible par rapport à son gage, ve peut-être,

(8) Civ. Laon 4 mai 1909, J. A. 1900, 311 ; J. S. 1910, 523 (sommaire).

véritabile peau de chagrin, s'amenuiser, au gré de la réduction toujours possible dans les mutuelles, et sous réserve de laquelle doit statuer le tribunal. Enfin et surtout, lorsqu'un passif social existe et qu'il doit être acquitté, au cas de dissolution, par exemple, les sinistrés qui n'ont pas été payés ne peuvent venir en concours avec les tiers, créanciers sociaux véritables, mais pourront seulement se partager le reliquat. Admettre que l'adhérent sinistré est un créancier, serait autoriser ce concours ; lui permettre d'invoquer une hypothèque, est lui donner une situation préférable à celle des créanciers sociaux, c'est, dans les deux cas, tromper leur attente légitime. Nous dirons donc que toute cause de préférence, quelque'en soit la nature, doit être bannie dans les mutuelles où la plus stricte égalité doit régner entre les adhérents.

Dans les sociétés d'assurances mutuelles, quoique bien effacé, existe toujours un « intuitus personæ » ; puisqu'il y a société, il doit y avoir collaboration, même lorsqu'elle oblige certains associés à consentir des sacrifices au profit de la collectivité. Il ne faut pas faire de l'adhérent sinistré un créancier de la mutuelle, sous peine de voir des litiges insupportables occuper nos tribunaux, et les mutuelles en souffrir. L'adhérent, assuré et associé, conserve cette double qualité dans tous ses rapports avec la mutuelle, l'arrivée d'un sinistre n'y peut rien changer.

Il est un associé en même temps qu'un assuré, telle est l'originalité de la situation de l'adhérent mutuelliste. Ne la laissons pas s'effacer, ne laissons pas périr les mutuelles. On ne saurait oublier, aussi bien, qu'elles furent l'expression parfaite de la solidarité entre individus soumis à des mêmes risques ; pour éloignées qu'elles soient aujourd'hui des minuscules sociétés d'autrefois, elles en sont les héritières, et c'est

pourquoi nous devons souhaiter le développement continu de ces mutuelles auxquelles le triple travail de la loi, de la jurisprudence et de la doctrine, a donné ces règles harmonieuses et précises auxquelles se reconnaissent les bonnes institutions.

Vu :

LE DOYEN,

E. ALLIX.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

G. RIPERT.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — OUVRAGES GENERAUX

- COLIN et CAPITANT. — Cours élémentaire de droit civil français, 3 vol., 7^e éd. Paris 1931-1932.
- CORDONNIER. — L'égalité entre actionnaires, thèse. Paris 1924.
- GASCA. — Associazioni commerciali e civili. Tome I. Le associazioni commerciali, Turin 1913.
- GIERKE. — Genossenschaftstheorie und Rechtssprechung, Berlin 1887.
- Joseph HÉMARD. — Traité des nullités de sociétés et des sociétés de fait, 2^e éd. Paris 1926.
- Joseph HÉMARD. — Précis élémentaire de droit civil, 3 vol. 2^e éd. par R. Morel, Paris 1932-1936.
- HOUPIN et BOSVIEUX. — Traité général des sociétés civiles et commerciales, 6^e éd., 3^e vol. Paris 1927-1928.
- JOSSERAND. — Cours de droit civil français, 2^e éd., 3 vol. Paris 1932-1933.
- KAYSER. — Société ou association, thèse. Paris 1928.
- LAURENT. — Principes de droit civil français, 33 vol., 5^e éd., Bruxelles 1893.
- LYON CAEN et RENAULT. — Traité de droit commercial, 5^e éd., par A. Amiaud, 9 vol. Paris 1921-1936.
- MICHOUD. — La théorie de la personnalité morale et son application au droit français, 2^e éd. par Trotabas, 2 vol. Paris 1924.

- PLANIOI et RIPERT. — Traité pratique de droit civil français, 13 vol. Paris 1925-1930.
Tome III. Les biens par M. Picard.
Tome XI. Les contrats civils (2^e partie) par Rouast, Savatier et Lépargneur.
- THALLER et PERCEROU. — Traité élémentaire de droit commercial, 7^e éd. Paris 1925.
- VIVANTE. — Traité de droit commercial, traduit par Escarra, tome II. Les sociétés, Paris 1911.
- WAHL. — Précis théorique et pratique de droit commercial, Paris 1922.

II. — OUVRAGES SPÉCIAUX AUX ASSURANCES

- ANCEY. — L'assurance, Paris 1933.
- ANCEY et SICOT. — Le régime légal des sociétés d'assurances, Paris 1927.
- ANCEY et SICOT. — La loi sur le contrat d'assurance, 3^e éd., Paris 1931.
- BINDING. — Handbuch des Deutschen Rechtswissenschaft : Versicherungsrecht par Ehrenberg, Leipzig 1893.
- BONNEVILLE de MARSANGY. — Jurisprudence générale des assurances terrestres, Paris 1882, continuée par A. Simonin, de 1880 à 1905, 2 vol., Paris 1906.
- EHRENBURG. — Handbuch des gesamten Handelsrechts, tome VIII, par Hagen : Versicherungsrecht, Leipzig 1922.
- EHRENBURG. — Privat versicherungsrecht, dans Enzyklopädie des Rechts und Staatswissenschaft, XIII, Berlin 1923.
- GODARD et PERRAUD-CHARMANTIER. — Code des assurances, Paris 1930.

- Joseph HÉMARD. — Théorie et pratique des assurances terrestres, 2 vol. parus, Paris 1924-1925.
- MANES. — Versicherungslexikon, 2^e éd. Berlin 1924.
— Versicherungswesen, 5^e éd., 3 vol., tome I : Allgemeine Versicherungslehre, Leipzig et Berlin 1930.
- DE MIRIMONDE. — Manuel pratique des assurances, Paris 1928.
- Maurice PICARD. — De la réassurance, thèse Paris 1912.
Cours sur les assurances. Le régime des sociétés d'assurances (1934-1935). Les règles essentielles du contrat d'assurance (1935-1936).
- STAUDINGER. — Rechtslehre vom Lebensversicherungsvertrage.
- SUMIEN. — Traité théorique et pratique des assurances terrestres et de la réassurance, 3^e éd. Paris 1931.
- VILLOTTE. — Nature de la réassurance, thèse. Paris 1927.

III. — OUVRAGES SPÉCIAUX AUX ASSURANCES MUTUELLES.

- ASTRESSE. — Traité général théorique et pratique des assurances mutuelles, 2 vol. Paris 1901-1908.
- BOURGEOIS. — Des causes de nullité ou de dissolution des sociétés d'assurances mutuelles et leur liquidation, thèse. Paris 1913.
- CHEVALLIER. — De l'assurance mutuelle et de ses principales applications, thèse Paris 1904.
- CLÉMENT. — Des assurances mutuelles, thèse Paris 1889.
- LAPRADE. — De la nature et de la capacité des sociétés d'assurances mutuelles, thèse Paris 1914.
- MEURISSE. — Les pouvoirs des assemblées générales extraordinaires dans les mutuelles, thèse Paris 1931.

- PERRONE. — Della assicurazione mutua, Turin 1894.
SAVARY. — Les assurances mutuelles, thèse Paris 1903.
SAINCTELETTE. — Questions d'assurance mutuelle. Paris 1913.

IV. — JOURNAUX ET REVUES.

(Les titres sont précédés des abréviations employées dans le cours de l'ouvrage pour les désigner.)

- Annuaire des sociétés d'assurance (1936).
A. M. — *L'Assurance mutuelle*.
Ass. — *Assicurazioni*, Rome.
D. — *Dalloz périodique*.
D. H. — *Dalloz hebdomadaire*.
Loi. — *La Loi*.
G. P. — *La Gazette du Palais*.
G. T. — *La Gazette des Tribunaux*.
J. A. — *Journal des Assurances*.
J. S. — *Journal des Sociétés*.
Mon. jud. Lyon. — *Moniteur judiciaire de Lyon*.
Rec. Caen. — *Recueil des arrêts des Cours d'Appel de Caen et de Rouen*.
Rec. civ. not. — *Recueil civil et notarial des Juris-Classeurs*.
Rec. jur. soc. — *Recueil juridique des sociétés des Juris-Classeurs*.
R. A. — *Recueil périodique des assurances*.
R. T. D. — *Revue trimestrielle de droit civil*.
R. A. M. — *Revue des assurances mutuelles*.
R. G. — *Revue générale des assurances terrestres*.

V. — ABREVIATIONS LE PLUS FREQUEMMENT EMPLOYEES

- B. — Bonneville de Marsangy.

B. S. — Bonneville de Marsangy continué par Simonin
(les chiffres renvoient à la partie, puis à la
page, ainsi : B. 1. 125, signifie : 1^{ère} partie, page
125).

C. civ. — Code civil.

C. co. — Code de commerce.

C. co. ital. — Code de commerce italien.

C. E. — Conseil d'Etat.

civ. — Tribunal civil.

Civ. — Cassation, Chambre civile.

com. — Tribunal de commerce.

corr. — Tribunal correctionnel.

C. pr. civ. — Code de procédure civile.

Crim. — Cassation, Chambre criminelle.

d. — Décret.

L. — Loi.

Req. — Cassation, Chambre des requêtes.

V. A. G. — Versicherungs-Aufsichtsgesetz : loi alle-
mande du 12 mai 1901, (loi sur le contrôle des
assurances).

TABLE DES MATIERES

DÉFINITION	1
HISTORIQUE	11
INTRODUCTION.— Le contrat d'assurance mutuelle. Sa formation et ses conditions	19
<i>Première Partie.</i> — LES RAPPORTS DE LA SOCIÉTÉ D'ASSURANCES MUTUELLES AVEC SES MEMBRES..	39
Chapitre premier. — Les rapports de la société d'assurances mutuelles avec ses associés....	45
Chapitre II. — Les rapports de la société d'assu- rances mutuelles avec ses assurés	65
Chapitre III. — De l'influence réciproque des qualité d'associé et d'assuré	121
Chapitre IV. — Les modifications aux droits et obligations des adhérents	165
<i>Deuxième partie.</i> — LES RAPPORTS DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES MUTUELLES AVEC LES TIERS.....	211
Chapitre premier. — Les débiteurs de la société..	217
Chapitre II. — Les créanciers de la société....	221
Chapitre III. — Les créanciers personnels des associés	243
CONCLUSION	245
BIBLIOGRAPHIE	255

TABLE ALPHABETIQUE DES MATIERES

(Les chiffres renvoient aux pages)

- Accès aux assemblées (droit d'), 49, 187.
- Acte de commerce, 225.
- Action en nullité 58, 205 et s.
- Action oblique, 228.
- Adhésion, 19.
- Administrateurs, 46, 60.
- Agrément, 20, 21, 24, 127.
- Aliénation de la chose assurée, 127.
- Annalité des exercices, 87 et s.
- Assemblées générales ordinaires, 48.
- Assemblées générales extraordinaires, 165.
- Assurances cumulatives, 77.
 - forfaitaires, 180.
 - contre les accidents du travail, 5, 229.
 - de responsabilité, 6.
 - sur la vie, 5, 229.
- Augmentation des charges des adhérents, 181 et s.
- Avantages particuliers, 142.
- Avenant, 204.
- Branches autonomes, 145, 189 et s.; 219.
- Bulletin d'adhésion, 21.
- Bureaux des incendiés, 11.
- Caractères juridiques, 1.
- Cession de portefeuille, 108, 196, 198.
- Coassurance, 32, 77.
- Commissaires aux comptes, 54, 62.
- Communication (droit de), 54.
- Compensation 88, 107, 131, 230.
- Compétence, 106, 219, 230.
- Comptabilité spéciale, 146.
- Conditions générales, 29 et s.
 - spéciales, 34 et s.
- Conseil d'administration, 46.
- Contrat d'adhésion, 27.
 - Contrat d'assurance 19.
- Contribution aux sinistres, 69.
- Contrôle (droit au), 54.
- Cotisations, 66 et s., 237 et s.
 - Augmentation, 183.
 - Divisibilité, 136.
 - Faillite, 137.
 - Paiement, 66, 73.
 - Rappel, 108.
 - Sanction, 104.
- Créanciers, 221 et s.
- Décès, 127.
- Déchéance, 111, 187.
- Déclaration de réassurance, 75, 112.
- Déclaration des sinistres, 74, 111.
- Directeur, 47, 61.
- Dispositions libres, 33.
 - prohibées, 32, 162.
- Dissolution, 134, 227.

- Divisibilité de la prime, 33, 136.
Droits essentiels, 176 et s.
Durée du contrat, 35, 99.
Égalité des adhérents, 138 et s., 188 et s.
Emprunts, 89, 143, 184, 223, 240.
Entreprises de gestion, 224.
Excédents de recettes, 95, 120, 155, 185.
Exceptions, 107, 118, 230.
Expert, 79.
Faillite, 137, 225.
Formation du contrat, 20.
Frais de gestion, 31, 70.
Fusion, 196, 198.
Gestion forfaitaire, 224.
Groupement (droit de), 51, 187.
Héritier, 127.
Historique, 11.
Hypothèque judiciaire, 115, 250.
Indemnité, 78, 239 et s.
 Calcul, 80.
 Évaluation, 79.
 Paiement, 94.
 Réduction, 83, 133.
 Résiliation, 162.
 Sanction, 113.
Indivisibilité de la prime, voir à Divisibilité.
Insuffisance de règlement, 117.
Intervention (droit d'), 55.
Lettre recommandée, 104, 203.
Liquidation, 137, 226.
Maximum de cotisation, 68.
Mentions obligatoires, 30.
Mise en demeure, 104.
Modifications à la police, 36, 167 et s.
 Modifications aux statuts, 165 et s.
 Mutuelles agricoles, 9.
 Nature juridique des mutuelles, 41 et s., 89, 122 et s.
 Note de couverture, 25.
 Nullités, 58, 205 et s.
 Objet, 190.
 Parts de fondateurs, 141 et s.
 Personnalité morale, 41, 227, 232.
 Police, 34, 167.
 Publicité, 152, 202, 208.
 Rappel de cotisations, 108.
 Réassurance, 76, 102, 195.
 Recours des tiers contre la société, 226 et s.
 Recours des tiers contre les associés, 231 et s.
 Recours entre associés, 129.
 Recours sur les exercices postérieurs, 91 et s.
 Répartition de l'actif, 56.
 Réserves, 84, 155.
 Résiliation, 98 et s., 105, 117, 162, 170, 191.
 Résolution, 116, 208.
 Responsabilité des administrateurs, 60, 70, 118, 119.
 Responsabilité des associés vis-à-vis des créanciers, 231 et s.
 Saisie-arrêt, 129.
 Sociétés de capitalisation, 9.
 — d'épargne, 10.
 — de secours mutuels, 8.
 Solidarité, 184.
 Statuts, 29.
 Suspension au contrat, 72, 104.
 Syndicats de garantie, 8.
 Tacite reconduction, 169, 174.

